



Leichter leben?

Ergotherapeutische Interventionen zur Unterstützung eines gesunden Essverhaltens bei Menschen mit einer Essstörung

Julia Kuster
Matrikelnummer 08720757

Sara Zentsch
Matrikelnummer 17647587

Departement Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: 2017
Eingereicht am: 30.04.2020
Begleitende Lehrperson: Frauke Rennhack

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Vorbemerkung zu dieser Bachelorarbeit

Die Urheberinnen dieser Bachelorarbeit werden als Verfasserinnen bezeichnet. Die Personen, welche die untersuchten Studien durchführten, werden als Autor*innen bezeichnet. Die Verfasserinnen wählen für die Gewährleistung der gendergerechten Sprache das Gendersternchen*, da es sowohl männliche, weibliche wie auch nonbinäre Geschlechtsidentitäten einschliesst.

Begriffe, welche bei Erstnennung durch Kursivschrift und Fettdruck ***hervorgehoben*** sind, werden im Glossar im Anhang A erläutert.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	5
1 Einleitung.....	6
1.1 Gesellschaftliche Relevanz von Essstörungen	6
1.2 Problemstellung.....	7
1.3 Relevanz für die Ergotherapie	11
1.4 Fragestellung	12
1.5 Zielsetzung.....	12
2 Methodik	12
2.1 Literaturrecherche.....	13
2.2 Kriterien zur Auswahl der Literatur	15
2.3 Selektionsprozess	18
2.4 Beurteilung der Forschungsqualität	20
3 Das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM).....	20
3.1 Einführung	20
3.2 Beschreibung der Interventionsphase im OTIPM.....	21
4 Resultate.....	23
4.1 Zusammenfassung Hauptstudie 1: Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders.....	27
4.2 Zusammenfassung Hauptstudie 2: Meal support using mobile technology in Anorexia Nervosa. Contextual differences between inpatient and outpatient settings.....	31
4.3 Zusammenfassung Hauptstudie 3: The use of a positive mood induction video-clip to target eating behavior in people with bulimia nervosa or binge eating disorder: An experimental study.....	34
4.4 Zusammenfassung Hauptstudie 4: Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders.....	37
4.5 Zusammenfassung Hauptstudie 5: The St George's Eating Disorders Service Meal Preparation Group for Inpatients and Day Patients Pursuing Full Recovery: A Pilot Study.....	39
4.6 Zusammenfassung Hauptstudie 6: Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: a randomized controlled pilot study.....	41

5 Diskussion	43
5.1 Akquisitorische Betätigung.....	45
5.2 Restitutive Betätigung	47
5.3 Adaptive Betätigung	49
5.4 Betätigungsbasierte Edukations- und Schulungsprogramme	51
6 Schlussfolgerung.....	53
6.1 Beantwortung der Fragestellung.....	53
6.2 Limitationen.....	54
6.3 Fazit und Ausblick	55
Literaturverzeichnis.....	56
Abbildungsverzeichnis	62
Tabellenverzeichnis	62
Wortzahl	62
Danksagung	63
Eigenständigkeitserklärung	64
Anhang A: Glossar.....	65
Anhang B: Suchmatrizen	70
B.1 CINAHL.....	70
B.2 PsycINFO.....	78
B.3 AMED.....	85
B.4 PubMed (inklusive MEDLINE)	90
B.5 OTDBase	93
B.6 OTseeker.....	95
B.7 LIVIVO (inklusive bibnet.org)	99
B.8 Google Scholar.....	103
Anhang C: Beurteilung der Hauptstudien.....	99
C.1 Hauptstudie 1	99
C.2 Hauptstudie 2	107

C.3 Hauptstudie 3	118
C.4 Hauptstudie 4	127
C.5 Hauptstudie 5	138
C.6 Hauptstudie 6	147

Abstract

Hintergrund: Essstörungen sind gefährliche Erkrankungen mit häufig schweren physischen, psychischen und sozialen Folgen. Die Behandlungen sind langwierig, die Rückfallraten hoch und es werden neue, effizientere Behandlungsmethoden für eine nachhaltige Genesung gefordert.

Ziel: Das Ziel dieser Literaturarbeit ist es, ergotherapeutische Interventionen aufzuzeigen, durch die Personen mit einer Essstörung im Aufbau eines gesunden Essverhaltens unterstützt werden können.

Methode: Nach dem Prinzip einer systematischen Literaturrecherche wurde in sieben therapeutisch relevanten Datenbanken nach Studien zu ergotherapeutischen Interventionen gesucht. Sechs (nicht/-)ergotherapeutische Hauptstudien wurden ermittelt und kritisch gewürdigt. Um den Übertrag in die ergotherapeutische Praxis zu gewährleisten, wurden die Interventionen den Interventionsprinzipien des Occupational Therapy Intervention Process Modell (OTIPM) zugeordnet.

Ergebnisse: Personen mit einer Essstörung unterschätzen ihre Fähigkeiten in den Bereichen Kochen und Essen. Sie profitieren von praktischem Üben in Koch- und Essgruppen und vom Anwenden kompensatorischer Strategien in den stress- und angstbesetzten Esssituationen. Die Angehörigen von Personen mit einer Essstörung sollten im Behandlungsprozess einbezogen werden.

Schlussfolgerung: Die ergotherapeutische Literatur in diesem Gebiet ist spärlich. Dennoch zeigt diese Literaturarbeit auf, dass Personen mit einer Essstörung bezüglich der Verbesserung ihres Essverhaltens von ergotherapeutischen Interventionen profitieren können. Es bedarf jedoch weiterer Forschung.

Keywords: *eating disorder(s), occupational therapy, intervention, eating behavio(u)r*

1 Einleitung

Bei Essstörungen handelt es sich um potenziell lebensbedrohliche psychische Erkrankungen (Schnyder, Milos, Mohler-Kuo & Dermota, 2012). In westlichen und östlichen Industrieländern herrscht bei einem ständigen Überangebot an Essen ein unrealistisches Schlankkeitsideal (Leibl, Wach, & Voderholzer, 2018, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie [DGPM], 2011). Die Ablehnung adipöser Menschen ist in den letzten 40 Jahren angestiegen (Warschburger, 2015) und **Attribuierungen** von negativen Eigenschaften wie faul, dumm, undiszipliniert, hässlich, willensschwach für übergewichtige Personen sind in der Gesellschaft tief verankert (Hilbert, 2015; Pauli, 2018). Es besteht, auch aufgrund gesellschaftlicher Diskriminierung, ein immer stärkerer gesellschaftlicher Druck, schlank zu sein (Pauli, 2018). So verwundert es wenig, dass die **Prävalenz** von Essstörungen in den letzten 20 Jahren weltweit stetig zugenommen hat (Galmiche, Déchelotte, Lambert & Tavalacci, 2019). Essstörungen zeichnen sich durch die andauernde gedankliche Auseinandersetzung mit dem Thema Essen und Auffälligkeiten im Essverhalten wie starke Konsumkontrolle, Nahrungsverweigerung oder übermässige Nahrungsaufnahme aus, oft zeigen sich auch Über- oder Untergewicht (Reich & Kröger, 2015).

1.1 Gesellschaftliche Relevanz von Essstörungen

Früher wurde davon ausgegangen, dass Essstörungen sehr selten sind und vor allem junge Frauen aus Familien mit hohem sozio-ökonomischen Status betreffen - mittlerweile ist jedoch klar, dass Essstörungen weltweit, über alle Altersgruppen hinweg sowie bei Frauen und Männern vorkommen (Baker, 2012). Für die Schweiz wurde 2010 im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstmals eine Erhebung der Prävalenz von Essstörungen durchgeführt: Die Lebenszeitprävalenz liegt für die Schweizer Bevölkerung bei 3,5%, wobei Frauen zirka viermal häufiger betroffen sind als Männer (Schnyder et al., 2012). Obwohl Essstörungen nicht ganz so häufig auftreten wie beispielsweise **affektive Störungen**, haben sie eine sehr hohe gesellschaftliche und klinische Relevanz: tatsächlich treten die Krankheiten häufig erstmals bei sehr jungen Personen in der Adoleszenz auf, was für den schulischen respektive beruflichen Werdegang nicht ohne Folgen bleibt (Herpertz et al., 2011). Die Essstörung Anorexia Nervosa (vgl. Tabelle 1) weist unter den psychischen Erkrankungen die höchste Mortalitätsrate auf (DGPM, 2011). Viele Personen sterben an den direkten physischen Folgen der Erkrankung oder durch

Suizid (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011). Nicht zu unterschätzen ist die gesellschaftliche **Stigmatisierung**, welche betroffenen Menschen erleben: Während überdurchschnittliche Magerkeit oder Fülle des Körpers schnell auffallen, ist das dahinterliegende psychische und körperliche Leiden nicht auf den ersten Blick sichtbar (Ernst, Simonovic, Groß, Herpertz-Dahlmann & Hagenah, 2011; Hilbert, 2015). Von der Stigmatisierung mitbetroffen sind auch Angehörige, welche sich in der Öffentlichkeit aus Angst vor Verurteilung und Schuldzuweisungen nicht trauen, darüber zu sprechen (Whitney & Eisler, 2005). Laut McCormack und McCann (2015) wird häufig auch zum Schutz der von der Krankheit betroffenen Person geschwiegen. Essstörungen haben die Tendenz, zu chronifizieren (Herpertz et al., 2011): Je nach Art der Essstörung haben die Betroffenen kein Krankheitsbewusstsein oder schämen sich zu sehr, um frühzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen (Berger, 2008). Aus diesen Gründen verursachen Essstörungen sehr hohe direkte und indirekte Kosten (Deutsche Gesellschaft für Essstörungen [DGESS], 2019) und werden im Gesundheitswesen zunehmend als Herausforderung betrachtet (Galmiche et al., 2019). Die Chancen für eine dauerhafte Heilung liegen bei 50%, bei etwa 25% chronifiziert die Erkrankung und sowohl Teilgenesung, Diagnosewechsel als auch das Versterben durch Folgen der Erkrankung sind häufig (Berger, 2008). Eine frühzeitige Behandlung ist essenziell, um eine Chronifizierung der Störungen zu vermeiden (Schnyder et al., 2012). Ansonsten führen diese Erkrankungen zu teilweise lebenslangen psychischen und physischen Beeinträchtigungen und eingeschränkter Lebensqualität (Galmiche et al., 2019; Herpertz et al., 2011).

1.2 Problemstellung

Zur Diagnostik von psychischen Erkrankungen gibt es zwei grosse Klassifikationssysteme: Zum einen die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10), welche weltweit gültig ist und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird, zum anderen das vor allem in Amerika eingesetzte *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) der *American Psychiatric Association* (APA). Da es sich beim DSM-5 um das am häufigsten verwendete Manual zur Diagnose von Essstörungen handelt (Fairburn, 2012; Galmiche et al., 2019) und ein Grossteil der Fachliteratur zu Essstörungen aus dem angloamerikanischen Raum stammt, beziehen sich die Verfasserinnen für die Definition der Krankheitsbilder in dieser Arbeit

darauf. Eine Zusammenfassung und Angabe zu den in dieser Arbeit verwendeten Abkürzungen findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1

Diagnosekategorien nach DSM-5 (APA, 2015)

Diagnose	Abkürzung	Kriterien für eine Diagnosestellung
Anorexia Nervosa	AN	<ul style="list-style-type: none"> - In Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme - Signifikant niedrigeres Körpergewicht als Vergleichspopulation - Ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme - Wahrnehmungsstörung bzgl. Figur / Körpergewicht - Übermässige Abhängigkeit der Selbstbewertung von Figur und Gewicht - Anhaltend fehlende Einsicht des Untergewichts <p>Subtypen: Restriktiver Typ, Binge-Eating/Purging-Typ</p>
Bulimia Nervosa	BN	<ul style="list-style-type: none"> - Wiederholte Essanfälle - Wiederholte Anwendung unangemessener kompensatorischer Massnahmen (wie Erbrechen, Abführmittel, exzessiver Sport) - Essanfälle treten im Durchschnitt mind. 1x/Woche über 3 Monate auf - Übermässige Abhängigkeit der Selbstbewertung von Figur und Gewicht - Störung nicht ausschliesslich im Verlauf einer AN
Binge-Eating-Störung (Englisch: Binge Eating Disorder)	BES	<ul style="list-style-type: none"> - Wiederholte Essanfälle - Essanfälle gemeinsam mit mind. 3 folgender Symptome bzgl. Essen <ul style="list-style-type: none"> - Wesentlich schneller als normal - Bis zu einem unangenehmen Völlegefühl - Viel, ohne Hungergefühl - Allein, aus Scham über die konsumierte Menge - Ekelgefühle sich selbst gegenüber, Deprimiertheit oder grosse Schuldgefühle - Deutlicher Leidensdruck wegen der Essanfälle

		<ul style="list-style-type: none"> - Essanfälle treten im Durchschnitt mind. 1x/Woche über 3 Monate auf - Störung nicht ausschliesslich im Verlauf einer AN oder BN
Andere Näher Bezeichnete Fütter- oder Essstörung (Englisch: Other specified feeding and eating disorders)	OSFED	<ul style="list-style-type: none"> - Es liegen charakteristische Symptome einer Essstörung vor, Kriterien aber nicht vollständig erfüllt - Verursacht Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen - Beispiele: Atypische AN, BN oder BES von geringer Häufigkeit und/oder Dauer, Purging-Störung, Night-Eating-Syndrom

Im Mai 2013 löste das DSM-5 seinen Vorgänger, das DSM-IV, ab. In der Neuauflage gab es einige Änderungen in Bezug auf Essstörungen (Föcker, Knoll & Hebebrand, 2015): Für diese Arbeit relevant ist vor allem, dass die Kriterien zur Diagnosestellung einer AN oder BN weniger restriktiv formuliert wurden, die BES neu als eigenständige Diagnose aufgenommen und die Restkategorie *eating disorders not otherwise specified* (EDNOS) in *other specified feeding and eating disorders* (OSFED) unbenannt wurde.

Arcelus, Haslam, Farrow und Meyer (2013) beschreiben, dass AN, BN und BES früher als eigenständige Krankheitsbilder angesehen und verschiedene Behandlungsmethoden für die jeweilige Diagnose gesucht wurden. Mittlerweile hat sich ein transdiagnostisches Verständnis von Essstörungen durchgesetzt (Fairburn, 2012). Heute werden Essstörungen mehr als eine diagnostische Kategorie denn als Gruppe unterschiedlicher Störungen betrachtet, da die Gemeinsamkeiten der Erkrankungen bezüglich ihrer Pathologie überwiegen. Als zentrales Symptom zeigt sich Fairburn (2012) zufolge bei allen Essstörungen eine stark kognitive Komponente, wobei eine ständige gedankliche Auseinandersetzung mit Lebensmitteln, Gewicht und dem eigenen Körper im Vordergrund steht. Häufig sind psychosoziale Begleiterscheinungen wie Depressionen, Ängste, ein geringes Selbstvertrauen, hohe Ansprüche an sich selbst und geringe Sozialkompetenzen sowie auf Verhaltensebene ein stark eingeschränktes, kontrollierendes, impulsiv-exzessives oder vermeidendes Essverhalten oder das herbeiführen von gesundheitsschädlichen gewichtsregulierenden Massnahmen (Baker, 2012; Fairburn, 2012). Bardone-Cone et al. (2010) beschreiben, dass zur vollständigen Genesung einer Essstörung sowohl physische, psychische und verhaltensbezogene Aspekte in die

Behandlung einbezogen werden müssen. Eine Vernachlässigung einzelner Aspekte kann zu einer Pseudo-Genesung führen: äusserlich erwecken Betroffene zwar den Eindruck, auf dem Weg der Besserung zu sein, beispielsweise, weil sie an Gewicht zulegen, innerlich konnte die Stimme der Essstörung jedoch noch nicht überwunden werden (Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005). Die Forderung nach vollständiger Genesung hängt eng mit dem Recovery-Modell zusammen: Recovery steht im Gegensatz zum klassischen medizinischen Ansatz, bei welchem es vor allem um Symptomreduktion geht (Knuf, 2016). Das Ziel von Recovery ist, nachhaltige Genesung zu erreichen und betroffene Menschen zu befähigen, trotz ihrer psychischen Probleme ein aktives, selbstbestimmtes Leben zu führen (Knuf, 2016). Ohne ganzheitliche Behandlung der Essstörung ist die Rückfallgefahr gross (Carter, Blackmore, Sutandar-Pinnock, & Woodside, 2004, Federici & Kaplan, 2008). Um den Behandlungserfolg zu messen, werden meist vor und nach Behandlung der Essstörungen der Body-Mass-Index (BMI) und damit verbundene endokrine Variablen, die Selbstwahrnehmung des eigenen Körpers und das Ausmass des pathologischen Essverhaltens verglichen (Schneider et al., 2010). Besonders essentiell für nachhaltigen Behandlungserfolg scheint eine Veränderung des pathologischen Essverhaltens zu sein, da ungesundes Essverhalten nachweislich mit einer erhöhten Rückfallgefahr zusammenhängt (Schebendach, Mayer, Devlin, Attia & Walsh, 2012). Gesundes Essverhalten beinhaltet nicht nur die Fähigkeit, Mahlzeiten zu sich zu nehmen oder bloss die Abwesenheit von Essanfällen und restriktivem Essverhalten, sondern auch Fähigkeiten, ausgewogene Mahlzeiten zu planen und zuzubereiten, dafür einzukaufen, eine entspannte Haltung gegenüber dem eigenen Körper und gegenüber Essen einzunehmen, in Gesellschaft sozial angemessen zu essen und über ein Gefühl für Hunger und Sättigung zu verfügen (Karpowicz, Skärsäter & Nevonen, 2009; Mack, 2019). Studien zufolge ist gerade das pathologische Essverhalten jedoch nur schwer veränderbar: Personen mit einer Essstörung können zwar in der strukturierten Umgebung einer stationären Behandlung ihr Essverhalten ändern, können die neuen Verhaltensweisen jedoch oft nicht beibehalten, sobald die gewohnte Struktur verlassen wird (Mayer, Schebendach, Bodell, Shingleton & Walsh, 2012). Unter anderem deshalb gilt die Behandlung von Personen mit einer Essstörung als besonders langwierig und komplex (Fairburn, 2012; Tchanturia, Lloyd & Lang, 2013): Selbst, wenn alles reibungslos verläuft, ist mit einer monatelangen stationären und/oder ambulanten Behandlung zu rechnen (Herpertz et al., 2011).

1.3 Relevanz für die Ergotherapie

Die Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen (AES) empfiehlt zur Behandlung primär Psychotherapie: Klassische Behandlungsstrategien sind hier die **systemische Therapie**, die **Körpertherapie** und die **kognitive Verhaltenstherapie**; zur Kontrolle körperlicher Begleiterscheinungen soll eine ärztliche Fachperson beigezogen werden (AES, o. D). Der standardmässige Einsatz von Ergotherapie ist in der Schweiz bisher nicht vorgesehen, auch in den Leitlinien der DGPM (2011) wird Ergotherapie nicht erwähnt. In anderen Ländern, vor allem in England, Australien und Amerika ist die Ergotherapie bereits vermehrt in die Behandlung von Personen mit Essstörungen integriert (Clark & Nayar, 2012; Mack, 2019).

Die Ergotherapie geht davon aus, dass «Handeln» und «Tun» menschliche Grundbedürfnisse sind, und dass gezielt eingesetzte Tätigkeiten gesundheitsfördernde und therapeutische Wirkung haben (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS], 2005). Ergotherapeut*innen setzen **Betätigungen** ein, um dadurch die **Partizipation** an für Klient*innen bedeutungsvollen Lebensrollen und Aktivitäten zu unterstützen oder diese erst zu ermöglichen (Kielhofner, Marotzki & Mentrup, 2005). Ergotherapeut*innen kommen also immer dort zum Einsatz, wo Individuen aufgrund von Erkrankungen oder Behinderungen in ihrer Teilhabe an Betätigungen eingeschränkt werden (Kielhofner et al., 2005). Baker (2012) sowie Clark und Nayar (2012) zufolge sind Personen mit einer Essstörung in allen Lebensbereichen von Einschränkungen betroffen: angefangen mit **Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)** wie der Körperpflege und der Nahrungsaufnahme, weiterhin beim Einkaufen, bei der Arbeit, in der Ausführung von Hobbys bis hin zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte – der Einsatz von Ergotherapie wäre damit für Menschen mit Essstörungen indiziert. Bereits Lim & Agnew (1994) empfahlen, neben den psychologischen Gesprächen und dem Ansteuern eines gesunden Körpergewichts auch das Wiederentdecken von bedeutungsvollen Betätigungen in die Behandlung miteinzubeziehen. Im Vergleich zu den anderen involvierten Berufsgruppen hat die Ergotherapie ihr Hauptaugenmerk explizit auf der Betätigung. Konkrete, individuell bedeutungsvolle Handlungen werden sowohl als Mittel als auch als Ziel der Intervention eingesetzt (Fisher, 2014). Verschiedene aktuelle Fachartikel weisen darauf hin, dass Ergotherapie eine Ressource in der Behandlung von Menschen mit einer Essstörung ist – gerade auch im Hinblick auf die für den nachhaltigen Genesungserfolg wichtige Verbesserung des Essverhaltens (Clark & Nayar, 2012; Devery, Scanlan & Ross, 2018; Gardiner & Brown, 2010). Mack (2019) zufolge gibt es jedoch wenig Literatur, welche

Julia Kuster & Sara Zentsch

konkrete ergotherapeutische Interventionen in dieser Nische untersucht. Ein systematisches Review zum Thema konnte durch die Verfasserinnen nicht ausfindig gemacht werden. Mit dieser Bachelorarbeit soll diese Lücke gefüllt werden. Denn wenn Ergotherapeut*innen in der Schweiz mit Personen mit einer Essstörung arbeiten möchten, ist wissenschaftliche Evidenz unumgänglich: Alle Gesundheitsfachpersonen der Schweiz sind verpflichtet, nach aktuellster wissenschaftlicher Evidenz zu arbeiten (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2007). Daraus resultieren die folgende Fragestellung sowie die Zielsetzung der Bachelorarbeit.

1.4 Fragestellung

Durch welche evidenzbasierten ergotherapeutischen Interventionen werden Menschen mit einer Essstörung bei der Etablierung eines gesunden Essverhaltens unterstützt?

1.5 Zielsetzung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist das Aufzeigen von Möglichkeiten, wie im Rahmen ergotherapeutischer Interventionen das gesunde Essverhalten von Menschen mit einer Essstörung unterstützt werden kann. Die herausgearbeiteten Ergebnisse sollen Ideen für die ergotherapeutische Arbeit mit Menschen mit einer Essstörung bieten und das evidenzbasierte Arbeiten in der Praxis erleichtern. Weiter soll durch das Schreiben über Essstörungen ein Beitrag zum Abbau der gesellschaftlichen Stigmatisierung geleistet und für die Thematik sensibilisiert werden.

2 Methodik

Um die Fragestellung zu beantworten, wird nach dem Prinzip einer systematischen Literaturrecherche vorgegangen. Hierbei sollen nach Wechsler (2017) alle verfügbaren Primärstudien unter Einhaltung von explizit formulierten Methoden identifiziert, kritisch beurteilt und die Resultate anschliessend deskriptiv zusammengefasst werden. In den einzelnen Unterkapiteln werden das genaue Vorgehen sowie die gewählten Methoden hinsichtlich der Literaturrecherche, der Ein- und Ausschlusskriterien, des Selektionsprozesses sowie der genutzten Systematik zur kritischen Beurteilung der Forschungsqualität der gewählten Hauptstudien beschrieben.

2.1 Literaturrecherche

Sollen, wie von den Verfasserinnen beabsichtigt, möglichst alle verfügbaren Studien zu einem Thema gefunden werden, sollten laut Nordhausen & Hirt (2018) "möglichst viele Suchbegriffe und Fachdatenbanken einbezogen werden. Man nimmt dadurch in Kauf, dass ein erheblicher Anteil nicht relevanter Studien unter den Treffern sein wird. Dafür ist die Wahrscheinlichkeit höher, möglichst alle relevanten Treffer zu finden" (S.7).

In diesem Sinne wurden durch die Verfasserinnen zunächst die aus der Fragestellung relevanten Schlüsselbegriffe abgeleitet und möglichst umfassend assoziierte Begriffe, Synonyme und Ober- und Unterbegriffe erarbeitet. Da die Wissenschaftssprache Englisch ist und viele Datenbanken nur eine Suche mit englischen Suchbegriffen unterstützen, wurden ergotherapeutisch relevante Begriffe mit Hilfe eines ergotherapeutischen Fachwörterbuches (Berding et al., 2010) übersetzt. Für die Übersetzung der übrigen Suchbegriffe dienten Online-Lexika. Für eine Übersicht über die verwendeten Suchbegriffe sei auf Tabelle 2 verwiesen.

Für die Beantwortung der Fragestellung sind die in der Forschungsliteratur beschriebenen ergotherapeutischen Interventionen von Interesse. Deswegen wurden zunächst die medizinisch-therapeutischen Datenbanken AMED, CINAHL, LIVIVO, PubMed (inkl. MEDLINE), OTDBASE und OTSeeker durchsucht. Da sich im Zuge der Recherche herausstellte, dass kaum professionsspezifische Studien zur Thematik existieren, wurde entschieden, auch nach Interventionen anderer Berufsgruppen zu suchen. Deswegen wurde auch eine Suche in der Datenbank PsycINFO, welche Fachliteratur aus der **Bezugswissenschaft** Psychologie enthält, durchgeführt. Sofern vorhanden, wurden für die verwendeten Datenbanken die datenbankspezifischen Schlagworte (Thesaurus) erarbeitet (vgl. Tabelle 2). Die Schlag- und Schlüsselwörter wurden unter Zuhilfenahme von Trunkierungen (Platzhaltern wie *,?) und Boolescher Operatoren (AND, OR, NOT) für die Suche in den Datenbanken genutzt. Dabei unterliegt jede Datenbank bezüglich der Suchmöglichkeiten und der Formulierung von Suchanfragen unterschiedlichen Regeln, welche es zu beachten gilt; so muss an und für sich für jede Datenbank eine eigene Suchstrategie entwickelt werden (Guba, 2008). Aus Gründen der zeitlichen Effizienz haben die Verfasserinnen die Datenbanksuche daher nach gemeinsamer Erarbeitung einer groben Suchstrategie und genauer Ein- und Ausschlusskriterien unter sich aufgeteilt. Der genaue Suchverlauf ist Anhang B zu entnehmen.

Tabelle 2

Verwendete Schlüsselbegriffe (inkl. Synonyme in deutscher und englischer Sprache) und datenbankspezifische Schlagwörter

Schlüsselbegriffe	Synonyme	Keywords	Schlagwörter mit Thesaurus MeSH Heading, Cinahl Subject Heading, PsycINFO Map Term
ergo-therapeutisch	Ergotherapie, Ergotherapeut, Ergotherapeutin, Betätigung, betätigungsbasiert, betätigungsfokussiert, betätigungszentriert	occupational therapy, occupational therapist, OT, occupation, occupation-based, occupation-oriented, occupation-centered, occupation-focused, meaningful activity	OCCUPATIONAL THERAPY, Occupational Therapy, "Occupational Therapy Practice, Evidence-Based", "Occupational Therapy Practice, Research-Based", "Research, Occupational Therapy", Occupational Therapy Practice, Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence, Occupational Therapy Service, Home Occupational Therapy, "Adaptation, Occupational", Occupational Therapy, Occupational Therapists
Intervention	Therapieeinheit, Therapieansatz, Angebot, Unterstützung, Plan, Methode	intervention, intervention trials, therapy approach, support, plan, method(s), cooking intervention, training, treatment	METHODS, Experimental Studies, Behavior Therapy, Cognitive Therapy, Dialectical Behavior Therapy, treatment, cognitive behavior therapy, creative arts therapy, intervention, mental health programs, mindfulness-based interventions, outpatient treatment, psychoeducation, psychotherapy, relaxation therapy, treatment guidelines, treatment outcomes
Essstörung	Magersucht, Anorexie, Ess-Brechsucht, Bulimie, Esssucht, gestörtes Essverhalten	eating disorder(s), anorexia nervosa, AN, bulimia (nervosa), BN, binge-eating-disorder, binge (-)eating, BED, any-BED, EDNOS, OSFED, eating disorder not otherwise specified	Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, Food Addiction, Eating Disorders, Binge Eating Disorder, Bulimia Nervosa, Bulimia, Food Addiction, Anorexia Nervosa, eating disorders, anorexia nervosa, binge eating disorder, bulimia, purging (eating disorders), binge eating, food addiction
gesundes Essverhalten	Essen, Essgewohnheiten, Verbesserung, Genesung, Rehabilitation, Wiedererlernen, Nahrung, Nahrungsmittel, Ernährung, Ernährungsstil, Menüplanung, einkaufen, kochen, essen in Gemeinschaft	food, food habit, (healthy) eating behavior(s), eating habit(s), eating pattern(s), eating attitude(s), recovery, rehabilitation, learning process, relearn, improvement, meal planning, meal preparation, shopping, cooking, social eating, behavioral change, activity of daily living, ADL	BEHAVIOR, Eating Behavior, Food Habits, Food Preferences, Cooking, Meal Preparation, Menu Planning, Shopping, Social Participation, Behavioral Changes, Self-Care: Eating (Iowa NOC), eating behavior, food preparation, daily activities, activities of daily living, self-care skills, recovery (disorders), relapse prevention

2.2 Kriterien zur Auswahl der Literatur

Im Folgenden werden die zur Auswahl der relevanten Literatur verwendeten Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben und erläutert. Diese sind auch in Tabelle 3 zusammengefasst.

Es werden Studien sowohl mit männlichen als auch mit weiblichen Proband*innen eingeschlossen. Wie bereits beschrieben, ist die Zahl weiblicher Betroffener deutlich höher, es ist aber auch eine nicht unerhebliche Zahl von Männern von Essstörungen betroffen (Schnyder et al., 2012). In Bezug auf die Altersspanne sollen Jugendliche (da Essstörungen häufig in der Adoleszenz das erste Mal auftreten) und Erwachsene eingeschlossen werden. Ausgeschlossen werden Resultate zu Kindern von 0-14 Jahren, weil diese in der medizinisch-therapeutischen Arbeit anders behandelt werden (Schweiger, Sipos & Peters, 2003) und sie zudem vom Entwicklungsstand her noch nicht für sich selbst sorgen müssen (Baumgarten & Strebel, 2016).

Unter Essstörungen werden im Rahmen der Bachelorarbeit die Diagnosen AN, BN, BES und die EDNOS (nach DSM-IV) bzw. die OSFED (nach DSM-V) eingeschlossen. Die AN, BN und BES sind nach Galmiche et al. (2019) in der Literatur als die typischen Essstörungen bezeichnet. Auch bei den OSFED kommt es trotz Nicht-Erfüllen sämtlicher Diagnosekriterien zu signifikanten Beeinträchtigungen im Leben des Individuums, weshalb ergotherapeutische Interventionen durchaus auch angewendet werden könnten.

Ausgeschlossen werden sämtliche andere Erkrankungen aus dem DSM-5-Kapitel „Fütter- und Essstörungen“, da diese vor allem im frühkindlichen Alter, bei intelligenzgeminderten Personen oder als Symptom im Rahmen anderer Erkrankungen auftreten. Ebenfalls ausgeschlossen wird die Orthorexia nervosa (ON), über deren Klassifikation als Erkrankung Schnyder et al. (2012) zufolge vermehrt diskutiert wird: Bei einer ON kreisen die Gedanken nicht um die Quantität der zugeführten Nahrung, sondern um deren Qualität, da ausschliesslich Nahrungsmittel gegessen werden, die als «gesund» und «rein» empfunden werden. Das Streben, sich möglichst gesund zu ernähren, führt, ähnlich wie bei anderen Essstörungen, zu ausgedehnter gedanklicher Beschäftigung mit der konsumierten Nahrung, zwanghaften Essmustern, sozialer Isolation und Mangelernährung (Koven & Abry, 2015). Da die Diagnose jedoch noch in kein Klassifikationssystem aufgenommen wurde und kein validiertes Assessment zur Erfassung der ON existiert (Schnyder et al., 2012), wird sie aus dieser Arbeit ausgeschlossen.

Bei den **Settings** gelten das stationäre und ambulante Setting sowie die Domizilbehandlung als Einschlusskriterium, da Ergotherapeut*innen in diesen Settings

bereits tätig sind (Clark & Nayar, 2012). Intensivmedizinische Interventionen werden ausgeschlossen, denn hier geht es zunächst darum, die überlebensnotwendigen Körperfunktionen zu stabilisieren. Die Auseinandersetzung mit dem persönlichen Essverhalten wird erst zu einem späteren Zeitpunkt relevant (Mack, 2019).

Ursprünglich sollten lediglich quantitative Studien und Reviews eingeschlossen werden, weil die Frage interessiert, was objektiv etwas am Outcome "gesundes Essverhalten" verändert. Qualitative Studien wurden zunächst ausgeschlossen, da dort das subjektive Erleben der Betroffenen im Fokus steht. Da sich jedoch abzeichnete, dass nicht genügend quantitative Studien gefunden werden können, haben die Verfasserinnen entschieden, auch qualitative Ergotherapie-Studien miteinzuschliessen. Die Sicht der Betroffenen oder der behandelnden Ergotherapeut*innen kann eine Möglichkeit sein, die Frage indirekt zu beantworten.

Wie der Fragestellung zu entnehmen ist, wird exklusiv nach Evidenz für ergotherapeutische Interventionen gesucht. Wie bereits beschrieben wurde aufgrund eines Mangels an Forschungsliteratur zu ergotherapeutischen Interventionen entschieden, auch psychologische Interventionen sowie Interventionen aus den Pflegewissenschaften einzuschliessen. Die Ergotherapie in der Psychiatrie lehnt sich oft an die Psychologie als Bezugswissenschaft an (Hagedorn, 2000) und auch Pflegefachpersonen spielen in der Behandlung von Personen mit Essstörungen eine zentrale Rolle (Bakker et al., 2011). Bezüglich des Outcomes wird nach Studien zu ergotherapeutischen Interventionen gesucht, welche das Essverhalten, wie im Kapitel Problemstellung (vgl. S. 10) definiert, von Personen mit einer Essstörung positiv beeinflussen. Um einen klaren Fokus zu halten und das Themengebiet einzugrenzen, werden Studien mit anderen Outcomes ausgeschlossen.

Um die Aktualität der Ergebnisse zu gewährleisten, wird ausschliesslich Evidenz der letzten 15 Jahre zur Beantwortung der Fragestellung verwendet.

Damit die gefundenen Ergebnisse möglichst leicht auf die Schweiz übertragbar sind, sollte der kulturelle Kontext ähnlich sein. Folglich werden Studien aus westlichen Industrieländern eingeschlossen. Ausgeschlossen werden östliche Industrienationen wie China und Japan unter anderem auch, weil im Unterschied zu westlichen Ländern häufig ein anderer Untertyp der Erkrankung vorherrscht (Fairburn, 2012).

Aufgrund der Sprachkenntnisse der Verfasserinnen können ausschliesslich Arbeiten in Deutsch und Englisch bearbeitet werden.

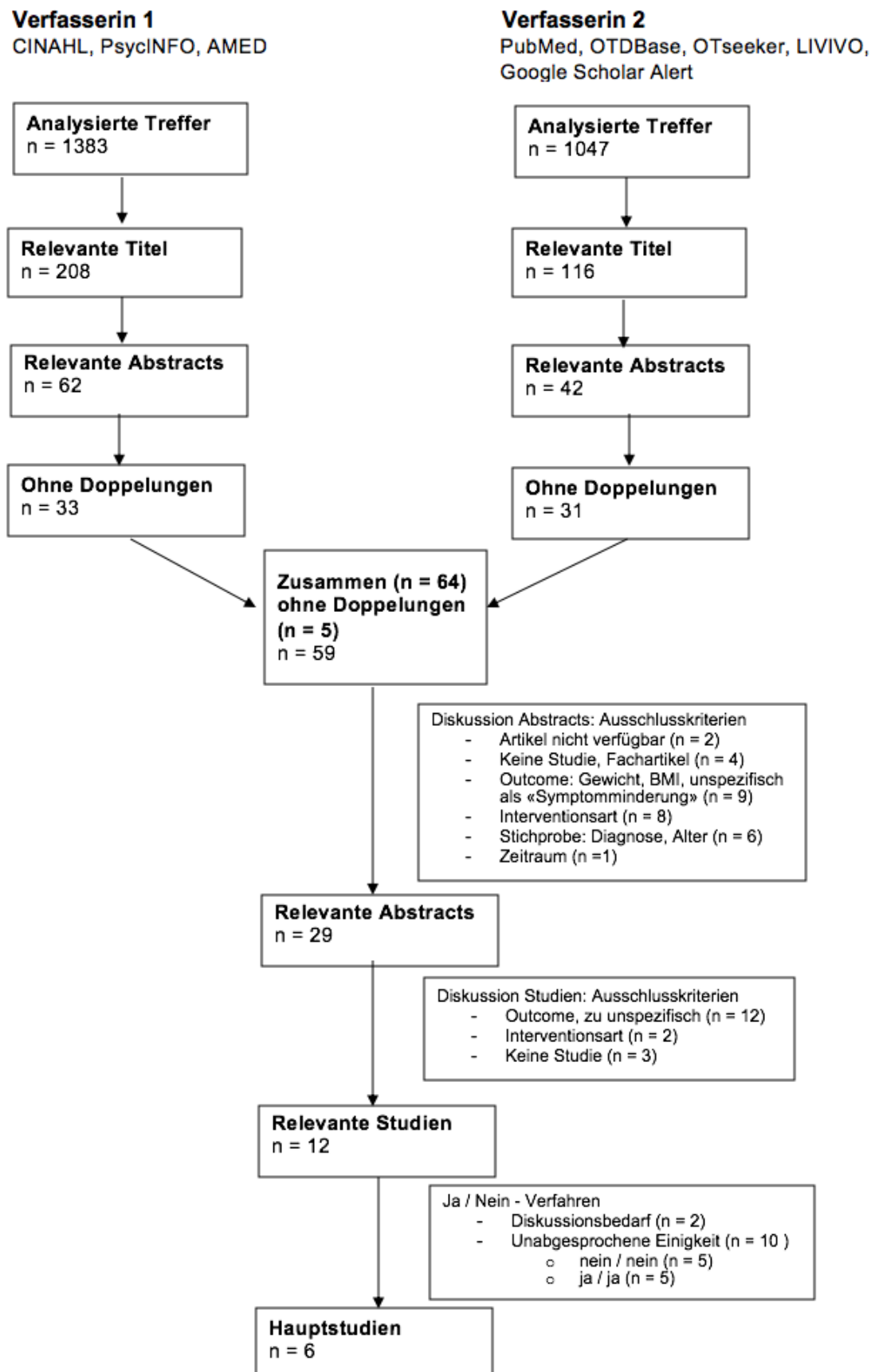
Tabelle 3
Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Hauptstudien

Kriterium	Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium
Population	männlich und weiblich Jugendliche und Erwachsene	Kinder (0-14 Jahre)
Diagnose	Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge- Eating-Disorder, Eating Disorder Not Otherwise Specified, Other Specified Feeding and Eating Disorder	frühkindliche Fütterstörung, Pica, Ruminationsstörungen, Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme, selektives Essverhalten, Orthorexia Nervosa, Adipositas
Setting	stationär, ambulant, domizil	intensiv
Studiendesign	quantitative Studien, qualitative Ergotherapie- Studien und Reviews	qualitative Studien aus anderen Professionen
Berufsgruppen	Ergotherapie, Psychotherapie, Pflege	
Outcome	gesundes Essverhalten	
Publikationsjahr	2005 – 2020	< 2005
kultureller Kontext	westlich geprägte Industrienationen: Europa, USA, Kanada, Australien, Neuseeland	Entwicklungsländer, östliche Industrienationen
Sprachen	Deutsch und Englisch	

2.3 Selektionsprozess

Zunächst wurden die Titel der in der Datenbankrecherche ermittelten Treffer gelesen. Obwohl es Guba (2008) zufolge bei einer systematischen Literaturrecherche üblich ist, „aus hunderten oder tausenden bibliographischen Hinweisen [...] die relevanten Zitate herausfinden zu müssen“ (S. 64), wurden die Treffer aufgrund zeitlicher Ressourcen nur auf relevante Titel überprüft, wenn die Suche maximal 200 Treffer ergeben hat. Abbildung 1 stellt einen Überblick über den weiteren Selektionsprozess dar. Über die 12 verbliebenen relevanten Studien, welche die Einschlusskriterien grundsätzlich erfüllten, verschafften sich die Verfasserinnen unabhängig voneinander einen Überblick und entschieden für sich, ob sie als Hauptstudie in Frage kommt oder nicht. Wurde eine Studie durch beide Verfasserinnen als passend beurteilt (ja/ja), wurde sie als Hauptstudie ausgewählt, bei einer einvernehmlichen Beurteilung als unpassend (nein/nein) wurde sie ausgeschlossen. Sind die Urteile unterschiedlich ausgefallen, wurde so lange diskutiert, bis Konsens gefunden wurde. So wurden schliesslich sechs Studien als Hauptstudien ausgewählt.

Abbildung 1
Darstellung des Selektionsprozesses der Hauptstudien



2.4 Beurteilung der Forschungsqualität

Die sechs ausgewählten Hauptstudien wurden unabhängig voneinander gelesen und beurteilt. Für eine systematische Evaluation der zur Beantwortung der Fragestellung hinzugezogenen Studien wurde für quantitative Studien das *Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien* (Law et al., 1998) genutzt. Für die Studie von Biddiscombe et al. (2018), die ein Mixed-Methods-Design verwendete, wurde das *Critical Review Form – Qualitative Studies* (Letts et al., 2007) verwendet, wobei zur Beurteilung der quantitativen Daten zwei Fragen aus dem Formular von Law et al. (1998) integriert wurden. Nachdem jede Verfasserin die Formulare ausgefüllt hatte, wurden diese verglichen und diskutiert. Die vollständig ausgefüllten Formulare sind Anhang C zu entnehmen.

3 Das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)

Nur zwei der ausgewählten Hauptstudien stammen aus der Ergotherapie-Forschung. Um später den Übertrag der professionsfremden Interventionen in die ergotherapeutische Praxis zu vereinfachen, haben sich die Verfasserinnen entschieden, ein ergotherapeutisches Modell einzuführen, anhand dessen die Interventionen eingeteilt werden können. Dafür eignet sich das ergotherapeutische Prozessmodell «Occupational Therapy Intervention Process Model» (OTIPM), welches im Folgenden erläutert wird.

3.1 Einführung

Das OTIPM wurde von Anne Fisher entwickelt. Das Modell soll Ergotherapeut*innen dazu befähigen, Betätigung als besonderen Schwerpunkt ihrer Arbeit hervorzuheben (Fisher, 2014). Unterstützt wird laut Fisher (2014) ein klientenzentriertes Vorgehen, was bedeutet, die Klient*innen dort abzuholen, wo sie stehen und ein Vorgehen nach dem Top-down Ansatz. Das heisst, primär von den Bedürfnissen und Rollen des Klienten auszugehen und nicht vom Störungsbild. Unter «Klient*in» verstehen Fisher und Nymann (2007, zit. nach Fisher, 2014) drei unterschiedliche Begriffe: zum einen die Person, welcher Ergotherapie verordnet wurde, dann die Klientenkonstellation, bestehend aus Personen, die in Beziehung zur primären Person stehen und deshalb von deren Betätigungsproblemen mitbetroffen sind und schliesslich die Klientengruppe. Das ist eine Gruppe von Personen, die ähnliche Probleme bei der Betätigungsausführung haben, jedoch sonst nicht

miteinander in Beziehung stehen (z.B. Menschen mit einer Essstörung in einer Tagesklinik). Nachfolgend ist in Abbildung 2 das ganze Prozessmodell mit den zugehörigen drei Phasen Evaluation- und Zielsetzung, Intervention und Re-Evaluation dargestellt. Im Rahmen dieser Arbeit wird ausschliesslich die Interventionsphase für eine Einordnung der in den Hauptstudien gefundenen Interventionen betrachtet. Die Interventionsphase ist in Abbildung 2 rot eingerahmt. Für die Praxis sei selbstverständlich empfohlen, jeweils den ganzen Prozess zu durchlaufen.

Abbildung 2
Interventionsphase OTIPM, angepasst nach Fisher (2014)

<https://i.pinimg.com/originals/f3/46/a0/f346a0efe288e550d20bbf43cb5cede5.png>

3.2 Beschreibung der Interventionsphase im OTIPM

“Idealerweise sollte jede Aktivität, die als Intervention angeboten wird, eine Betätigung sein.” (Fisher, 2014, S.4). Das Ziel ist es also, den Klienten in therapeutische Betätigung einzubinden. Für das Planen und Umsetzen von Interventionen gibt es im OTIPM vier Prinzipien, die in Tabelle 4 erläutert werden.

Tabelle 4
Die vier Interventionsprinzipien nach OTIPM (Fisher, 2014)

Prinzip von Betätigung	akquisitorisch	restitutiv	adaptiv	edukativ
Fokus	Wiedererwerb, Entwicklung oder Erhalt von Fertigkeiten, welche für die Betätigung benötigt werden	Wiederherstellung, Entwicklung oder Erhalt von personenbezogenen Faktoren oder Körperfunktionen, die als Grundlage für die Betätigung angenommen werden	Kompensation von ineffektiven Fertigkeiten, welche für die Betätigung benötigt werden	Planung und Umsetzung von betätigungs- fokussierten Schulungen für grössere Gruppen

Inhalt der Intervention	Beratende Zusammenarbeit, progressiv abgestufte Aufgaben, Ziel: Aufgaben so wie früher oder altersentsprechend auszuführen, Üben direkt in von Klient*in priorisierter Betätigung	Einsatz von Betätigungen, Klient*in beteiligt sich aktiv, Beratung, gemeinsame Festlegung welche Funktion über welche Betätigung indirekt behandelt werden soll, entsprechendes Training dazu, aufbauend	Andere Ausführung als üblich etablieren, Hilfsmittel, individuelle Techniken, Hilfe von Mitmenschen, Anpassen physischer oder sozialer Umwelt, langfristig, wenn Zielerreichung über akquisitorische oder restitutive Betätigung nicht realistisch ist.	Workshops, Seminare, Vorträge zu Themen des täglichen Lebens und Betätigungsausführung im Alltag. Möglichkeit, Strategien in der Klientengruppe zu diskutieren, Ermunterung, diese später auszuprobieren
Beispiel: Klientin mit Depression möchte sich bewerben	In gemeinsamer Absprache wird direkt der Prozess der Stellensuche angegangen: Orientierung am Laptop, durchspielen eines Telefonanrufs, Strategie fürs Bewerbungsgespräch erarbeiten	Zuerst Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung durch Begleitung für Wiederaufnahme der Betätigung Gartenarbeit: Planung der Bepflanzung, regelmässige Bewässerung, ernten	Anforderungen an die neue Stelle werden erarbeitet. Die frühere Stelle als Managerin einer grossen Firma wird nicht mehr als realistisch erachtet: Max. 50% Stelle, kleines Team, Möglichkeit zu regelmässigen Pausen	Das ergotherapeutische Team der psychiatrischen Klinik bietet einen Vortrag zum Thema «Arbeit und psychische Beeinträchtigung» für interessierte Arbeitgeber an.

4 Resultate

In diesem Kapitel werden die sechs ausgewählten Hauptstudien zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Die Reihenfolge der Studien enthält keine Wertung, sondern orientiert sich alphabetisch an den Nachnamen der Autor*innen. Vorab findet sich in Tabelle 5 eine übersichtliche Darstellung über die Hauptstudien bezüglich Stichprobe, Setting und durch die Autor*innen benannten Limitationen.

Tabelle 5

Übersichtliche Darstellung ausgewählter Kriterien der sechs Hauptstudien

Autor*innen	Stichprobengrösse (weiblich/ männlich)	Diagnose	Alter/ Krankheits- dauer (Durchschnitt)	Rekrutierung	Setting	Durch Autor*innen benannte Limitationen
(Biddiscombe et al., 2018)	n = 99 (98/1)	AN, BN, BES, EDNOS	26/nicht bekannt	Ausfüllen der Fragebögen gehört zum Standard-assessment Freiwillige Teilnahme Mindest-BMI: 16 kg/m ²	Ambulantes Angebot (Tagesklinik) Gruppentherapie (max. 8 TN) Leitung: Ergotherapie Ernährungsberatung	Viele TN-Ausfälle in Follow-Up Messung: Möglicherweise positive Verzerrung der Resultate Möglicher Einfluss von Ko-Interventionen Kleine Stichprobe verunmöglicht eine separate Analyse je Diagnose Stichprobe bestand aus Klient*innen, welche sich auf intensives Therapieprogramm einliessen / nur ein männlicher Teilnehmer Repräsentativität für gesamte Population möglicherweise nicht gegeben
(Cardi, Lounes, Kan, & Treasure, 2012)	stationär n = 18 (18/0)	AN	27/9	Werbeaushänge auf Abteilung Eigeninitiative, freiwillige Anmeldung	Versuchslabor Einzeltestung Leitung: nicht bekannt	Kleine Stichprobengrösse Nur geringe Variation bei der Standardmahlzeit (drei beschriftete Früchtesmoothies aus dem Supermarkt) Untersuchungszeitpunkt für stationäre TN unterschiedlich. Einheitlicher Zeitpunkt kurz vor Austritt wäre interessant gewesen.
	ambulant n = 20 (20/0)	AN	31 / 11	Werbeaushänge bei lokalen Unterstützungsanbietern für Personen mit Essstörung Eigeninitiative, freiwillige Anmeldung		Behandlungsmotivation wurde nur einmalig erhoben, es kann kein Verlauf aufgezeigt werden.

(Cardi, Leppanen, Leslie, Esposito, & Treasure, 2019)	n = 30 (30/0)	BN, BES	24/5	Werbeaushänge an Hochschule und online auf Website von Klientenorganisation für Personen mit Essstörungen Eigeninitiative, freiwillige Anmeldung	Versuchslabor Einzelsetting Leitung: nicht bekannt	Kleine Stichprobengrösse: erlaubt keine Vergleiche zwischen Personen mit unterschiedlichen Diagnosen Positive Stimmung wurde nicht direkt gemessen, nur die Reduktion negativer Stimmung Keine männlichen Versuchsteilnehmer und kurze durchschnittliche Krankheitsdauer verringert die Generalisierbarkeit der Ergebnisse
(Gísladóttir & Svavarsdóttir, 2011)	Angehörige n = 21 (?/?) Patient*innen (14/0)	AN, BN, EDNOS	21/nicht bekannt	Anfrage der Patient*innen durch die Therapeut*innen, ob Angehörige kontaktiert werden dürfen. Freiwillige Teilnahme	Ambulant Gruppetherapie (6-8 TN) Leitung: Pflegefachpersonen	Kleine Versuchsgruppe Unterschiedliche Behandlungsdauer vor Studienbeginn: Patient*innen, welche erst kurz vor Studienbeginn mit der Behandlung begonnen haben, konnten vermutlich weniger grosse Fortschritte zeigen Fehlende Kontrollgruppe, möglicherweise Ko-Interventionen Kurze Dauer der Intervention (4 Wochen) – evtl. zu kurz, um einen Effekt festzustellen
(L. Lock, Williams, Bamford, & Lacey, 2012)	Klient*innen n = 27 (25/2)	AN, BN	25/nicht bekannt	Automatische Anfrage bei Teilnahme an Intervention (Voraussetzung: Mindest-BMI: 20 kg/m ²) Freiwillige Teilnahme	Stationär (Spezialklinik) und ambulant Gruppentherapie (max. 4 TN) Leitung: Ergotherapie	Zwei leitende Ergotherapeut*innen sind gleichzeitig Mitglieder des Forschungsteams - Objektivität möglicherweise eingeschränkt Verwendung eines nicht standardisierten Selbsteinschätzungs-Assessments Ko-Interventionen können nicht ausgeschlossen werden

	Nicht- klinische Kontrollstich- probe für Validierung des EMPSA n = 28 (27/1)	Keine Diagnose	27 / -	Unbekannt. Freiwillige Teilnahme	Keine Intervention	
(Steinglass et al., 2014)	n = 30 (28/2)	AN	28 / 10	Automatische Anfrage (Voraussetzung: Mindest-BMI 18,5 kg/m ²) Freiwillige Teilnahme	Stationär, Psychiatrie. Einzel- und Gruppensetting. Leitung: Psycholog*inne n	Intervention als Zusatzbehandlung in einem intensive Betreuungssetting. Ergebnisse können nicht auf weniger intensiv betreute Personen generalisiert werden. Kontaminierung konnte nicht ausgeschlossen werden. Die Versuchs-Intervention dauerte doppelt so lange wie die Kontroll-Intervention, was eine Alternativerklärung für die gefundenen Unterschiede darstellen kann. Die Therapeut*innen waren gleichzeitig die Entwickler*innen der Versuchs-Intervention, Objektivität ist möglicherweise nicht gegeben. Versuchs- und Kontrollgruppe unterschieden sich trotz Randomisierung hinsichtlich der Verteilung der AN- Subtypen

Legende: TN = Teilnehmer*in, n = Teilnehmerzahl, AN = Anorexia Nervosa, BN = Bulimia Nervosa, BES = Binge-Eating-Störung, EDNOS = eating disorder not otherwise specified

4.1 Zusammenfassung Hauptstudie 1: Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders

Autor*innen: Biddiscombe et al. (2018)

Hintergrund: Da aktuelle Behandlungsstrategien, die auf Körperfunktionsebene ansetzen, ungenügend zur nachhaltigen Behandlung von Essstörungen sind, diskutieren Fairburn und Wilson (2013, zit. nach Biddiscombe et al., 2018, S. 99) sowie Hay (2013, zit. nach Biddiscombe et al., 2018, S.99) die Notwendigkeit von neuen Interventionen. Die Veränderung kognitiver Strukturen sowie das Training funktioneller Fertigkeiten seien dabei essenziell.

Ziel: Diese Studie hat das Ziel herauszufinden, inwieweit praktische Koch- und Essgruppen von den Teilnehmenden (AN, BN, BES, EDNOS) in Bezug auf ihre Genesung, unter anderem in Bezug auf das Essverhalten, als unterstützend und wirksam erlebt werden. Ausserdem interessiert die Frage, welche Fertigkeiten zur Verbesserung der Partizipation am Essen erworben werden können.

Methoden: Jede am Tagesprogramm teilnehmende Person konnte an der Studie mitmachen. Es handelt sich um ein Mixed-Methods-Design. Mit eigens entwickeltem Fragebogen wurden die subjektiv empfundene Nützlichkeit, Wichtigkeit und der Grad von Herausforderung/Vergnügen der Intervention sowie die Zuversicht, die erlernten Fähigkeiten selbstständig im Alltag anwenden zu können, erhoben. Die Fragebögen enthielten eine Beurteilungsskala (1 = «überhaupt nicht» bis 5 = «extrem») und offene Fragen. Die Befragungen wurden bei Behandlungsabschluss und nach sechs, 12 und 24 Monaten durchgeführt.

Intervention: Die Intervention fand einmal wöchentlich statt. Der Fokus der Intervention lag auf der Angstreduktion in essensbezogenen Situationen und auf der Verbesserung der Kochfähigkeiten und des Essverhaltens der Teilnehmenden in sozialen Situationen. Die praktischen Essgruppen beinhalteten Koch- und Essaktivitäten wie auch Restaurantbesuche. Es gab jeweils einen Einstieg in die Gruppe, in der die Aktivitäten und mögliche **Coping-Strategien** für Stress in der angstausslösenden Situation vorbesprochen wurden. Dann folgte die Exposition und das Üben in der Aktivität selbst und schliesslich eine Nachbesprechung. Zwischen den Sitzungen hatten die Teilnehmenden die Aufgabe, die vergangene Sitzung zu reflektieren und neu Gelerntes für sich festzuhalten.

Resultate: Aus den quantitativen Daten geht hervor, dass Koch- und Essgruppen von den Teilnehmenden tendenziell als weniger angenehm (3,5) als nützlich (4,43) und als wichtig (4,73) für die Genesung eingestuft werden.

Tabelle 6 enthält die aus den qualitativen Fragebögen herausgearbeiteten Themen zur Einschätzung der Wirksamkeit und Übertragbarkeit des Gelernten in den Alltag zuhause.

Tabelle 6

Themen und Zitate aus der qualitativen Befragung von Biddiscombe et al. (2018, S. 102-104)

Oberthema	Unterthemen	Zitat
1. Hilfreiche Komponenten der praktischen Essgruppe	<i>*einzigartige Struktur</i> Bestellung innerhalb einer Minute, verbindliche Teilnahme, ...	"Non-negotiables and level of accountability...helped me tremendously...when the eating disorder was loud and attempting to seduce me away from committing." (TN Nr.73)
	<i>*geteilte Erfahrung</i> Austausch in wohlwollendem Umfeld, Vertrauen, positive Ablenkung vom Eigenen	"Distraction through talking helps to prevent mulling over the situation...Also the fact that everyone is eating the fear foods...makes my own challenge less world-shattering." (TN Nr.93)
	<i>*sicheres, unterstützendes Umfeld</i> Rückmeldung mit Validation der Ängste, Empathie, Therapeutinnen als Rollenmodell	"The most helpful part was just seeing them [staff] order sometimes the 'scarier' option and... eating a big portion like it was nothing. (TN Nr.49)
2. Empfundener Nutzen der Exposition	<i>*vorausgegangene Erfahrungen als Vorteil</i> an frühere Erfolge erinnern, erhöht Zuversicht, auch die aktuelle Exposition zu meistern	"[previous experience] showed me I could survive and cope with situations I didn't think I could deal with. [It] helped me to see that anxiety will eventually lessen [and] gave me confidence to try...on my own." (TN Nr.107)
	<i>*regelmässige Exposition</i> führt zu verbessertem sozialem Vertrauen, positivem Verhalten, reduziert die Angst, mehr positive Gedanken gegenüber Essen.	"Discovering that once you challenged a fear food for the first time, it can only get easier...to challenge...again. Practice makes perfect!" (TN Nr.72) "When you look at social gatherings...and how much you miss out when you're unable to participate... the cost not to is just too high." (TN Nr.73)
3. Auswirkungen der Anwendung kognitiver und verhaltensbezogener Fertigkeiten	<i>*Einsatz von Coping-Strategien</i> wie Achtsamkeit, intuitives Essen, Gedankenanalyse, um den Stress zu bewältigen, üben in der Situation, gesteigerte Selbstwirksamkeit in der Anwendung der Strategien	"I learnt about becoming more aware of what thoughts and emotions are driving my behaviours and using skills of thought challenging and distractions that work for me." (TN Nr.81)
	<i>*Gestärktes Selbstbewusstsein</i> Selbst für die eigene Genesung verantwortlich sein, lernen unangenehme Gedanken und Gefühle auszuhalten, kognitive Veränderung wird möglich	"The skills and awareness I have developed... has given me a new found sense of Hope and strength. Channeling that... and focusing on my intent has allowed a huge shift in my thinking and behaviours." (TN Nr.52)
	<i>*selbstsichere Kommunikation</i> ermöglicht das Erleben positiver Beziehungen,	"Practicing mindfulness... and expressing my needs, instead of going straight to bingeing and purging...[has

	Selbstbestimmung, Zugang zu Unterstützung , ...	resulted in] better communication and relationships..." (TN Nr.86)
4. Herausforderungen welche die Teilnahme behinderten	<p><i>*Das Gefühl, von Ängsten überschwemmt zu werden während und nach der Exposition</i></p> <p><i>*Mangel an Kontrolle</i> wechselnde Räume, Druck über die verzerrten Kognitionen zu sprechen, die Bedingung aufzuessen</p> <p><i>*Mangel an persönlicher Unterstützung und Ressourcen</i> einige hatten Mühe, die Expositionen selbstständig zu wiederholen, zu wenig Struktur und intrinsische Motivation dafür</p>	-
5. Was Anpassungen nachhaltig erleichterte	<p><i>*Mehr Wissen und Selbstbewusstsein</i> dadurch konnten realistische Erwartungen gesetzt werden</p> <p><i>*Die Herausforderungen repetieren</i> Strategien aus dem Programm wurden weiterhin angewendet: die 1-Minute Regel, Portionieren, positiver Selbstzuspruch, Vertrauen in die Intuition</p> <p><i>*Persönliche und professionelle Hilfe</i> soziale Unterstützung haben einen immensen Effekt auf die Genesung</p>	<p>«You can have everything in moderation (which ... I always knew, but ... never trusted). (TN Nr.38)</p> <p>"I... do it regularly...out of the program so it just seem[s] normal (i.e. I would go out for a challenging meal twice a week for the first few months, after that there were not really any red zone foods)." (TN Nr.38)</p> <p>"Having health professionals and family/ friends encourage you to eat and help to see it as a good thing... not... something to feel guilty about." (TN Nr.47)</p>
6. Negativer Einfluss der Essstörung auf die Genesung	<p><i>*schlechtmachende Glaubenssätze über sich selbst</i> die stärksten Faktoren, welche die Aufrechterhaltung positiver Veränderung beeinträchtigten</p> <p><i>*Innerer Widerstand gegen Veränderung</i> Rückfälle in alte Verhaltensmuster, für einige war das Programm zu kurz für nachhaltige Veränderung</p> <p><i>*Strukturverlust</i> wieder auf sich allein gestellt, Umgang mit Umfeld das zum Teil weniger rücksichtsvoll ist, keine Rechenschaftspflicht mehr</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>"It's [totally] up to me to make the decision to do something scary." (TN Nr. 29)</p>

Themen 1-4 stammen aus dem Austrittsfragebogen, die Themen 5-6 aus den Follow-up Messungen (nach sechs, 12 und 24 Monaten) . Legende: TN = Teilnehmer*in, Nr.= Nummer.

Kritische Würdigung: Der theoretische Hintergrund sowie der Nutzen der Studie sind ausführlich und überzeugend dargelegt. In dieser ergotherapeutischen Studie ist das interessierende Outcome die subjektive Bewertung der Teilnehmer*innen bezüglich der Verbesserung ihres Essverhaltens und das subjektive Empfinden von Gründen, welche zu

dieser Verbesserung geführt haben. Weil die Forscher*innen nach der Perspektive der Teilnehmenden fragen und deren Erleben verstehen wollen, ist das Mixed-Methods-Design passend gewählt, da dieses ein breit abgestütztes Verständnis des Phänomens erlaubt. Qualitative und quantitative Daten wurden mittels Fragebögen erhoben. Es stellt sich die Frage, ob mit Interviews oder Fokusgruppen, bei denen die Möglichkeit zur Nachfrage bestanden hätte, nicht weitere und tiefergehende Antworten hätten gewonnen werden können. Andererseits gewährleistete die Anonymität der Fragebögen vermutlich besonders ehrliche Antworten. Theoretische Konzepte, auf welche sich die Forschenden bezogen, sind erläutert. Anzumerken ist allerdings, dass die Autor*innen nicht beschreiben, inwiefern ihr Denken und ihre theoretischen Sichtweisen die Studienresultate beeinflusst haben könnten und dass keine externe Person in den Auswertungsprozess der qualitativen Daten miteinbezogen wurde. Es ist ebenfalls nicht klar, ob die Forscher*innen gleichzeitig die Therapeut*innen waren. All diese Punkte deuten auf möglicherweise mangelnde Objektivität der Forscher*innen hin. Die Ausführungen der Studenumstände und des praktischen Teils der Koch- und Essgruppe reichen für die Verfasserinnen aus, um sich ein grobes Bild zu machen, sind allerdings lückenhaft. Auch wird nicht klar, inwieweit die Teilnehmenden zu den einzelnen Messzeitpunkten die Fragebögen ausgefüllt haben, und ob zu allen Messzeitpunkten qualitative und quantitative Fragen enthalten waren. Da drei Messzeitpunkte Monate nach Abschluss der Behandlung angesetzt waren, ist mit einer hohen Ausfallsrate zu rechnen. Es wird lediglich berichtet, dass alle Teilnehmenden den ersten Fragebogen beantwortet hätten und es in den Follow-Up Messungen immer weniger geworden seien. Das Beteiligungs-niveau der Teilnehmenden ist also unterschiedlich ausgefallen, was möglicherweise die Daten positiv verzerrt. Gründe zu den Abbrüchen werden nicht angegeben. Für die Auswertung der qualitativen Daten gibt die Autorenschaft an, nach einem genauen Entscheidungs- und Überprüfungspfad (Audit Trail) gearbeitet zu haben. Leider wird der Audit Trail nicht genauer erläutert. Somit sind die Entscheidungswege nicht ausreichend nachvollziehbar. Als positiv zu werten ist aus Sicht der Verfasserinnen, dass explizite Praxisempfehlungen und die Rolle der Ergotherapeut*innen aufgelistet werden. Das Rollenverständnis der Ergotherapie in diesem Berufsfeld könnte dadurch gestärkt werden und allenfalls dazu führen, dass sich mehr Berufsleute dazu befähigt fühlen, solche Interventionen in ihrer Praxis anzubieten.

Fazit: Die Stärke der Studie ist die ausführlich mit Hintergrundliteratur hinterlegte Beschreibung einer ergotherapeutischen Essgruppen-Intervention. Hingegen ist die Nachvollziehbarkeit der qualitativen Methoden eingeschränkt und die Objektivität der Forscher*innen möglicherweise beeinträchtigt. Ausserdem war nicht gesundes Essverhalten als solches das zentrale Outcome der Untersuchung.

4.2 Zusammenfassung Hauptstudie 2: Meal support using mobile technology in Anorexia Nervosa. Contextual differences between inpatient and outpatient settings.

Autor*innen: Cardi et al. (2012)

Hintergrund: Cardi et al. (2012) beschreiben das Vermeiden von Essen als Kernsymptom einer AN. Diesem Vermeidungsverhalten liegen vermutlich veränderte kognitive Verarbeitungsprozesse in Bezug auf Essstimuli zugrunde, welche wieder umgelernt werden müssen: Es müssen wieder positive Assoziationen zu Essen hergestellt und Angstreaktionen reduziert werden. Personen mit AN benötigen deswegen in Mahlzeitsituationen häufig Unterstützung, sei es durch Eltern oder durch Fachpersonen, um in diesen Situationen nicht in dysfunktionale, automatisierten Verhaltensmuster zu «kippen».

Ziel: Die Studie untersucht den Einfluss, den das Ansehen eines Vocasts oder das Anhören eines beruhigenden Musikstücks auf das Essverhalten von Personen mit einer AN im ambulanten oder stationären Setting in einer Mahlzeitsituation hat. Es werden zwei Hypothesen gebildet: Erstens werden stationäre Patient*innen sich hinsichtlich essensbezogener Messungen (Stress und Angst, Aufmerksamkeitsverzerrung) von ambulanten Patient*innen unterscheiden und zweitens werden stationäre Patient*innen vom Ansehen des Vocasts hinsichtlich ihres Essverhaltens mehr profitieren.

Methode: Für das Prüfen der ersten Hypothese wurde vor und nach jeder Intervention mittels **Visueller Analogskalen (VAS)** das subjektive Stresserleben erfasst, ergänzend wurde die **Dotprobe-Aufgabe** als objektive Messung der Aufmerksamkeitsverzerrung Nahrungsmitteln gegenüber eingesetzt. Um den Einfluss auf das Essverhalten zu untersuchen, wurde die aufgenommene Nahrungsmenge bei einer standardisierten Testmahlzeit verglichen. Es wurde ein Messwiederholungsdesign angewendet, wobei jede

Person beide Versuchsbedingungen (Vodcast/Musik) in zufälliger Reihenfolge durchlief. Die Proband*innen wurden mit sich selbst in den verschiedenen Versuchsbedingungen verglichen, sowie ein Vergleich der ambulanten und der stationären Proband*innen durchgeführt.

Intervention: Die Proband*innen wurden gebeten, sich einen von drei Smoothies aus dem Supermarkt auszusuchen und binnen 20 Minuten so viel wie möglich davon zu trinken. Dabei sollten sie sich entweder entspannende Musik anhören oder einen Vodcast ansehen. Bei den Vodcasts handelt es sich um kurze Filme mit auditivem und visuellem Inhalt, welcher darauf abzielte, negative Assoziationen mit Nahrung und der Nahrungsaufnahme abzubauen und positive Assoziationen zu stärken. Er enthielt beruhigende Hintergrundmusik und Aussagen, welche durch Empathie, offene Fragen usw. Hoffnung und Unterstützung bieten sollten.

Resultate: Stationäre Klient*innen bewerteten ihre Zuversicht, etwas an ihrem Verhalten zu ändern mit 5/10 Punkten und die Wichtigkeit einer Veränderung mit 7/10 Punkten. Die erste Hypothese wurde partiell bestätigt: Das subjektive Stresserleben war bei den ambulanten und den stationären Versuchsteilnehmer*innen ähnlich stark ausgeprägt, es zeigten sich jedoch hinsichtlich der Aufmerksamkeitsverzerrung vor und nach der Mahlzeitsituation Unterschiede zwischen den Gruppen. Die zweite Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Für die Teilnehmer*innen der stationären Versuchsgruppe war es für die aufgenommene Smoothie-Menge und das Stresserleben förderlicher, während des Essens Musik zu hören als sich einen Vodcast anzusehen, für die ambulanten Patient*innen war es genau umgekehrt. Qualitatives Feedback der stationären Proband*innen ergab, dass Musik als entspannend und hilfreich, der Vodcast dagegen als störend in der Mahlzeitsituation empfunden wurde.

Kritische Würdigung Die Darlegung des theoretischen Hintergrundes erfolgt in angemessener Ausführlichkeit und die durch die Forschenden entwickelte Intervention wird in den bestehenden Forschungsdiskurs eingebettet. Studienzweck und Hypothesen sind klar angegeben. Es handelt sich um eine psychologische Studie. Das verwendete Design – eine Art Fall-Kontroll-Studie mit anteilig retrospektiven Daten – ist zur Beantwortung der Forschungsfrage korrekt gewählt und klar beschrieben. Durch die verwendete Messwiederholung ergeben sich die üblichen Probleme, welche die

Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken: Zeit-, Maturitäts-, Übertragungs- und Motivationseffekte (Gravetter & Forzano, 2009). Eine Versuchsperson weigerte sich beispielsweise, die Mahlzeitsituation mit einer anderen Bedingung zu wiederholen. Vielleicht hatte die Reihenfolge auch für andere Teilnehmer*innen eine Auswirkung auf die Motivation, was eher zu einer Unterschätzung der Wirksamkeit geführt hätte. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig, was die Generalisierbarkeit der Daten einschränkt, da besonders motivierte Personen eine Teilnahme in Erwägung ziehen dürften. Die Teilnehmenden waren seit Beginn über Inhalt und Zweck der Studie informiert. So gaben sie eventuell für das Studienresultat günstigere Antworten oder waren bemühter, bessere Leistungen zu zeigen, als wenn die Teilnehmenden den Hintergrund nicht gekannt hätten. Als Stärke der Studie ist die ausführliche Beschreibung des Mahlzeitenprozederes der beiden Versuchsgruppen zu sehen, da diese vermutlich einen Einfluss auf die Resultate haben.

Die Versuchsgruppen sind hinsichtlich klinischer und demographischer Variablen hinreichend beschrieben. Männliche Personen waren von der Studie ausgeschlossen, was die Generalisierbarkeit reduziert. Die Diagnose AN wurde vor Studienbeginn überprüft, was positiv zu werten ist. Auch wurden die ethischen Richtlinien eingehalten. Die Stichprobengrösse wurde nicht begründet und eine Stichprobenkalkulation fehlt. Die Validität wurde für einzelne der verwendeten Assessments angegeben, über die Reliabilität wird keine Aussage getroffen. Die Beschreibung der Gütekriterien muss darum als mangelhaft bezeichnet werden. Die Massnahmen sind ausreichen beschrieben und es kann als besondere Stärke der Studie betrachtet werden, dass die Messung des Essverhaltens mit objektiven Verfahren erfolgte und durch Erhebung in der Mahlzeitsituation tatsächlich betätigungsbasiert stattfand. Die Verwendung eines Smoothies als Mahlzeit ist diskutabel, da sich die Frage stellt, ob die Probandinnen dies wirklich als «essen» empfanden oder nicht eher als trinken. Es stellt sich die Frage, ob sich die gefunden Resultate auf «richtige» Mahlzeiten generalisieren lassen. Auch die Inhalte des Podcasts- und der Musik-Bedingung werden nachvollziehbar erläutert. Einige Ko-Interventionen wurden für die stationäre Gruppe beschrieben (Medikation, weitere Therapieangebote, restriktive Essregeln) – dies vergrössert insgesamt die Heterogenität der Gruppe und führt eher zu nicht signifikanten Resultaten. Bei den Ergebnissen werden Signifikanzlevels der Resultate sowie **Effektstärken**, basierend auf Cohen's d, angegeben. Die Effektstärken dürfen nach Rasch et al. (2010) nicht interpretiert werden, da Cohen's d sich nur auf unabhängige Messungen (ohne

Messwiederholung) bezieht. Ausserdem werden Analyseverfahren durchgeführt, ohne vorher die erforderlichen Bedingungen überprüft zu haben – es gäbe Verfahren, denen der Vorzug hätte gegeben werden sollen (Rasch et al., 2010). Eine Interpretation der Ergebnisse ist somit nicht zulässig. Der Einbezug von qualitativem Feedback durch die Teilnehmenden in den Resultate-Teil ist positiv zu werten. Die aus den Resultaten gezogenen Schlüsse sind in Bezug auf die aufgeworfenen Forschungsfragen korrekt: die Studie kann nur erste Hinweise dazu liefern, dass Angstreduktion bei Personen mit einer AN zu einer Verbesserung der Nahrungsaufnahme führt – dies müsste in weiterführenden Studien bestätigt werden.

Fazit: Die grosse Stärke der Studie besteht in ihrer genauen Beschreibung der Umstände der Versuchsteilnehmenden und der Intervention sowie in der objektiven Messung des Essverhaltens. Die Interpretation der Daten ist aufgrund einiger Mängel in Bezug auf statistische Methoden jedoch mit Vorsicht zu geniessen.

4.3 Zusammenfassung Hauptstudie 3: The use of a positive mood induction video-clip to target eating behavior in people with bulimia nervosa or binge eating disorder: An experimental study

Autor*innen: Cardi et al. (2019)

Hintergrund: Unkontrollierbare Essanfälle gelten als charakteristisches Merkmal der BN und BES. Es wird vermutet, dass ein Zusammenspiel von Schwierigkeiten in der Emotionsregulation sowie der Tendenz, auf negative Emotionen impulsiv zu reagieren, diese Essanfälle auslösen. Positive Emotionen lösen bei gesunden Personen eine erhöhte Nahrungskonsum aus, bei Personen mit einer BN oder BES verringert sich jedoch die Wahrscheinlichkeit, sich zu überessen. Als mögliche Erklärungen gelten, dass positive Emotion bei diesem Klientel ihr Ziel, das Essverhalten zu zügeln sowie die Erwartung, sich nach vielem Essen schlecht zu fühlen, verfügbarer machen.

Ziel: Die Studie untersucht den Einfluss eines kurzen Vodcasts, der positive Stimmung hervorrufen soll, auf das Essverhalten während einer Testmahlzeit bei Personen mit einer BN oder BES. Die Hypothese war, dass die Reduktion von negativer Stimmung durch den positiven Vodcast zu einer Reduktion der aufgenommenen Kalorienmenge in einer Testmahlzeit führt.

Methode: Alle Proband*innen durchliefen zwei Sitzungen: eine mit einer neutralen (Kontroll-)Bedingung, in der ein neutraler Vodcast gezeigt wurde und eine positive Bedingung mit einem Vodcast, welches die Stimmung positiv beeinflussen soll. Die Reihenfolge war randomisiert. Vor und nach der Intervention wurde mit einem Fragebogen das momentan Lebensmittel-**Craving** und die negative Stimmung mit einer visuellen Analogskala (VAS) erhoben. Das Essverhalten wurde mit der aufgenommenen Kalorienmenge in einer Testmahlzeit operationalisiert. Dafür wurde ein «Geschmackstest» (Robinson et al., 2017, zit. nach Cardi et al., 2019, S. 401) durchgeführt, bei dem die Proband*innen Lebensmittel (Chips, Süßigkeiten) bezüglich Geschmack, Aussehen und Geruch bewerten sollten. Diese Bewertungen waren jedoch irrelevant – der Geschmackstest sollte nur verschleiern, dass die Forscher*innen an der aufgenommenen Nahrungsmenge interessiert sind.

Intervention: Für den Geschmackstest wurden die Probandinnen allein im Versuchsraum gelassen. Während des Essens wurde ihnen der positive oder neutrale Vodcast vorgespielt, welche 15 Minuten dauerten. Der positive Vodcast enthielt erheiternde, klassische Musik und positive Aussagen, der neutrale Vodcast enthielt ruhige, klassische Musik und neutrale Aussagen.

Resultate: Es zeigte sich, dass der positive Vodcast seinen Zweck erfüllte: nach dem Anschauen gaben die Versuchsteilnehmer*innen signifikant weniger negative Emotionen an als vorher, in der neutralen Versuchsbedingung gab es keine Veränderung. Auch nahmen die Proband*innen in der positiven Versuchsbedingungen signifikant weniger Kalorien zu sich als jene in der neutralen. Die positive Vodcast-Bedingung führte nicht zu einer signifikanten Veränderung des Nahrungsmittel-Cravings.

Kritische Würdigung: Der Zweck der Studie wird klar angegeben. Es handelt sich hierbei um eine Studie aus der Bezugswissenschaft der Psychologie – das Outcome «Essverhalten» wird direkt verhaltensbezogen in einer Mahlzeitsituation untersucht. Die in der Einleitung zitierte Literatur ist eher knapp. Methodisch gibt es einige Kritikpunkte. Als Forschungsdesign wurde das Within-Subject-Crossover-Design gewählt. Die Wahl ist angemessen, da über die Mechanismen der BN/BES noch nicht viel als gesichert geltendes Wissen existiert und die Behandlungsbedingungen miteinander verglichen werden können. Ein Kritikpunkt ist allerdings, dass im Vorfeld keine Stichprobenumfangsplanung durchgeführt wurde. Dies wäre bei diesem Design allerdings

wichtig, um abschätzen zu können, ob gefundene Unterschiede eher über- oder unterschätzt werden (Rasch et al., 2010). Möglichkeiten für systematische Verzerrungen könnten folgende Punkte bieten: Freiwilligkeit und Entschädigung der Teilnehmenden, Zeiteffekte, die standardisierte Testmahlzeit und der standardisierte Film mit «positivem» Inhalt und Musik, welche auf verschiedene Personen unterschiedliche Wirkung haben kann. Diese Verzerrungen hätten insgesamt am ehesten zu einem statistisch nicht feststellbaren Unterschied zwischen den Versuchsbedingungen geführt. Einige dieser Limitationen wurden vom Forschungsteam selbst benannt, was positiv zu werten ist. Die Stichprobe wurde hinsichtlich klinischer und demographischer Faktoren ausreichend beschrieben. Die Proband*innen gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Studienteilnahme. Die Forscher*innen erwähnen, dass die Probandinnen über den Zweck der Studie mit Absicht falsch informiert waren und es wird nicht beschrieben, ob am Ende der Studie ein Debriefing stattfand, was ethisch fragwürdig ist. Zu den Gütekriterien der Messinstrumente werden keine Angaben gemacht. Gerade in Bezug auf die Erhebung der negativen Stimmung mittels einer VAS stellt sich für die Verfasserinnen die Frage nach der Validität, da es sich um ein zentrales Outcome für die untersuchte Fragestellung handelt und durchaus gebräuchliche und valide Instrumente für das Erheben der Stimmung existieren. Der verwendete Test für das Outcome «aufgenommene Kalorien» wird jedoch als valide und gebräuchlich beschrieben. Die Massnahme wurde nicht in ausreichender Detailliertheit beschrieben. Die Nachvollziehbarkeit der Intervention ist eingeschränkt, da keine Informationen über die im Podcast enthaltenen Bilder oder Aussagen vorliegen. Die gewählten Analysemethoden sind angemessen. Die Ergebnisse sind detailliert dargestellt und werden in der Diskussion im grösseren Zusammenhang diskutiert. Die aus den Ergebnissen gezogenen Schlüsse sind hinsichtlich der gewählten Methode korrekt und die Forschenden benennen eigene Limitationen ihrer Studie realistisch.

Fazit: Die Studie weist einige methodische und ethische Mängel auf. Ausserdem wird die Intervention ungenügend klar beschrieben. Die statistischen Berechnungen sind jedoch korrekt und die Ergebnisse werden als relevant für die Praxis gewertet. Als Stärke der Studie kann die verhaltensbezogene, objektive Messung des Essverhaltens gesehen werden.

4.4 Zusammenfassung Hauptstudie 4: Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders.

Autor*innen: Gísladóttir & Svavarsdóttir (2011)

Hintergrund: Die Notwendigkeit von Interventionen zur Unterstützung von Angehörigen wird aufgezeigt. Beispielsweise können laut Uehara, Kawashima, Goto, Tasaki und Someya (2001) schulende und unterstützende Gruppen mit Familienangehörigen das Gefühl von Isolation und Schuld lindern, den Stress sowie die getragene psychische Last reduzieren und Hoffnung vermitteln.

Ziel: Das Ziel dieser Studie ist die Wirksamkeit einer schulenden und unterstützenden Intervention für Angehörige von Menschen mit einer Essstörung (AN, BN, EDNOS) zu testen. Die Hypothese ist, dass die Angehörigen nach der Intervention mehr Wissen bezüglich Essstörungen haben und in der Interaktion mit den Betroffenen weniger kritisch und emotional sind. Die zweite Hypothese besagt, dass sich das Essverhalten der Patient*innen verbessern wird.

Methoden: Es handelte sich um ein Vorher-Nachher-Design. Die Klient*innen, die sich bei den Forscher*innen in Behandlung befanden, wurden angefragt, ob Angehörige für die Studienteilnahme kontaktiert werden dürfen. Zur Überprüfung der ersten Hypothese wurden vor und nach der Intervention Selbsteinschätzungsfragebögen zur Kommunikationsfertigkeit mit dem erkrankten Familienmitglied, Krankheitsverständnis und emotionaler Involviertheit ausgefüllt. Um das Essverhalten zu messen, wurde durch die Angehörigen ein Fremdeinschätzungsfragebogen zu beobachtetem Essverhalten ausgefüllt.

Intervention: Das Programm bestand aus vier Sitzungen über vier Wochen. Zwischen den Treffen gab es Hausaufgaben. Die Gruppen bestanden aus 6-8 Teilnehmer*innen. Inhaltlich gab es edukative Aspekte mit Vorträgen zu Symptomen, Behandlung und der Rolle der Angehörigen. Es folgten Informationen und praktische Übungen zu aktivem Zuhören, veränderten Familienroutinen und der gemeinsamen Wiederaufnahme von unbelasteten Aktivitäten. Zudem gab es Gesprächsrunden, um über Emotionen, Erfahrungen, Befürchtungen und Erfolge zu reden.

Resultate: Die erste Hypothese konnte insofern bestätigt werden, als dass sich in den Fragebögen vor und nach der Intervention signifikante Unterschiede bezüglich Krankheitsverständnis zeigten. Bezüglich des kritischen und emotional-überinvolvierten Verhaltens veränderten sich die Werte in die angestrebte Richtung, erreichten jedoch keine statistische Signifikanz. Für die zweite Hypothese zeigten sich nach der Intervention signifikant bessere Werte für «Essverhalten» als vorher.

Kritische Würdigung: Der theoretische Hintergrund wird fundiert dargelegt. Es handelt sich um eine Studie aus den Pflegewissenschaften. Das Vorher-Nachher-Design ist ethisch passend gewählt, obwohl es aufgrund fehlender Kontrollgruppe nur begrenzt Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der Intervention zulässt und somit zur Beantwortung der Fragestellung nur bedingt geeignet ist. Positiv zu werten ist die Beschreibung der Intervention mit Hintergrundliteratur. Die Inhalte der Interventionssitzungen werden angemessen angegeben. Sicherlich wäre es sinnvoll, die Intervention entweder über einen längeren Zeitraum oder mehrere kurze Blöcke anzubieten, um eine eindeutigere Aussage zur Wirksamkeit treffen zu können. Die Messung des Outcomes «Essverhalten» erfolgte nicht objektiv. Die Angehörigen trafen mit einem Fragebogen eine Einschätzung bezüglich verschiedener beobachtbarer Punkte, welche sie mit ja / nein / weiss nicht bewerten konnten. Die statistischen Analyseverfahren weisen Mängel auf. Die Voraussetzungen für die angewendeten Verfahren wurden nicht überprüft (Prüfung auf Normalverteilung und Varianzhomogenität) und sind vor allem in Hinblick auf das Skalenniveau des Fragebogens für das Essverhalten fragwürdig. Die Interpretation der Resultate sollte deshalb mit Vorsicht betrachtet werden. Die in der Diskussion gezogenen Rückschlüsse auf eine mögliche kausale Wirkung der Intervention sind wegen des verwendeten Designs nicht zulässig (Gravetter & Forzano, 2009). Die Forscher*innen leiteten gleichzeitig die Interventionen, was möglicherweise zu mangelnder Objektivität führte. Diese Limitation benennen die Forscher*innen auch selbst, was positiv zu werten ist.

Fazit: Die Studie weist methodische Mängel auf und die gezogenen Schlüsse sind nicht zulässig. Das Outcome «verbessertes Essverhalten» wird nicht objektiv gemessen. Positiv hervorzuheben ist allerdings, dass die Relevanz von Angehörigenarbeit thematisiert wird und die Resultate einen positiven Einfluss auf das Essverhalten von Personen mit Essstörungen ableiten lassen.

4.5 Zusammenfassung Hauptstudie 5: The St George's Eating Disorders Service Meal Preparation Group for Inpatients and Day Patients Pursuing Full Recovery: A Pilot Study.

Autor*innen: Lock et al. (2012)

Hintergrund: Die Autoren begründen, dass in der Literatur zwar immer wieder Interventionen zur Verbesserung des Essverhaltens im Rahmen betätigungsbasierter Expositionen empfohlen werden, jedoch wenig Evidenz dazu vorhanden sei.

Ziel: Es interessiert die Frage, ob Koch- und Esstraining wirksam ist, um Klient*innen mit Essstörung (AN, BN) beim Planen, Zubereiten und Essen von eigenen Mahlzeiten und dadurch bei der Aufrechterhaltung eines gesunden Körpergewichts zu unterstützen. Zudem wird der eigens für die Studie erstellte Erfassungsbogen *eating and meal preparation skills assessment* (EMPSA) evaluiert (vgl. Anhang D).

Setting: Stationäre und ambulante Behandlung zur Rehabilitation in einer Spezialklinik. Die Intervention wurde jeweils von einer Ergotherapeutin mit maximal vier Teilnehmenden durchgeführt.

Methoden: Es handelt sich um ein Kohortendesign. Um die subjektiv empfundene Fähigkeit und Motivation bezüglich Koch- und Essaktivitäten zu messen, wurde das EMPSA eingesetzt: dabei handelt es sich um einen Selbsteinschätzungsfragebogen. Vor Interventionsbeginn wurde mit allen Teilnehmenden ein Eintrittsgespräch geführt, bei dem das EMPSA (T1) ausgefüllt und eine Liste mit gefürchteten Nahrungsmitteln erstellt wurde. Auf dieser Basis wurde gemeinsam mit der Ergotherapeutin Behandlungsziele festgelegt. Folgend wurde die Erfassung nach 10 Einheiten (T2), nach Abschluss (T3) und ein Jahr nach Abschluss der Studie (T4) wiederholt. Das EMPSA wurde innerhalb der Studie anhand einer Kontrollstichprobe validiert.

Intervention: Der Fokus der Intervention lag auf dem praktischen Üben von essensbezogenen Fähigkeiten und der stufenweisen Exposition zu gefürchteten Nahrungsmitteln und essensbezogenen Situationen. Die Gruppenintervention beinhalteten die individuelle Menüplanung am Vortag, die Kochsequenz mit therapeutisch wertvollen Herausforderungen, das gemeinsame Essen mit Fokus auf angemessenes Essverhalten

und Anwenden von Coping-Strategien sowie eine Reflexionsrunde zum kognitiven Abspeichern der gemachten Erfahrungen.

Resultate: Die klinische gab im Vergleich zur nicht-klinischen Stichprobe im EMPISA vor Beginn der Intervention signifikant geringere Fähigkeits-Werte an. Hinsichtlich ihrer Motivation, essens- und kochbezogene Tätigkeiten durchzuführen, unterschieden sich die beiden Gruppen jedoch nicht. Proband*innen, welche mindestens 10 Sitzungen absolvierten, erzielten nach der Intervention sowohl in der Fähigkeit- als auch in der Motivationsskala des EMPISA höhere Werte als vor der Intervention. Das EMPISA scheint ein geeignetes Messinstrument zur Erfassung von eingeschränkter Betätigungsausführung und Behandlungserfolg zu sein.

Kritische Würdigung: Der Studienzweck ist klar angegeben und die Hintergrundliteratur detailliert beschrieben. Das Kohorten-Design ist zur Untersuchung der Forschungsfrage geeignet, da es vor dieser Studie noch keine Pilotstudie zu dieser Fragestellung gab. Die Anzahl der Teilnehmenden hat sich aufgrund der Umstände ergeben und es gab viele Studienabbrüche. Durch Voraussetzung, dass ein BMI von 20 kg/m² erreicht sein musste, wurden vermutlich hauptsächlich Personen mit einem hohen Genesungslevel eingeschlossen, was die Generalisierbarkeit der Resultate einschränkt. Das EMPISA wurde eigens für diese Studie von den Forschenden entwickelt und innerhalb der Studie validiert. Methodisch gab es dabei folgende Mängel: erstmalige Anwendung, möglicherweise mangelnde Objektivität und die gewählte Kontrollgruppe. Die Erfüllung der Voraussetzungen für die angewendeten statistischen Analyseverfahren wurde nicht überprüft, so, dass andere Verfahren angezeigt gewesen wären. Deswegen ist eine Interpretation der Daten nicht zulässig. Die Outcome-Bereiche sind grundsätzlich passend zur Fragestellung gewählt. Da häufig mit Ängsten und kognitiven Verzerrungen bezüglich Nahrungsaufnahme und Nahrungsmitteln argumentiert wird, wäre zusätzlich eine Messung dieser Ängste mit einem entsprechenden Assessment angezeigt gewesen. Die grösste Stärke dieser Studie ist aus Sicht der Verfasserinnen der detaillierte Beschrieb der Intervention wie auch der therapeutischen Haltung dabei. Leider werden keine Effektstärken angegeben, was eine Aussage über die klinische Relevanz der Ergebnisse erschwert. Aufgrund des gewählten Designs (Kohortenstudie) sind keine kausalen Schlüsse erlaubt (Gravetter & Forzano, 2009). Die Schlussfolgerungen des Forschungsteams, dass die Intervention auch nach einjährigem Follow-Up einen positiven

Einfluss auf die Motivation und Fähigkeiten der Interventionsteilnehmenden geführt hätte, ist somit nicht zulässig.

Fazit: Es handelt sich um eine ergotherapeutische Studie, die relevant für die untersuchte Fragestellung ist. Die Intervention ist ausführlich dargestellt. Als Limitation werden Ungenauigkeit in der Methodik sowie das unzulässige Ziehen von kausalen Schlüssen gewertet.

4.6 Zusammenfassung Hauptstudie 6: Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: a randomized controlled pilot study.

Autor*innen: Steinglass et al. (2014)

Hintergrund: Rigides Essverhalten und strenge Essrituale dienen Steinglass et al. (2014) zufolge bei Personen mit AN häufig dem Angst-Management, da Ess-Situationen grosse Ängste auslösen. Diese essensbezogenen Ängste anzugehen ist das Ziel der neu entwickelten Exposition und Reaktionsverhinderung für AN (AN-ERP).

Ziel: Die Studie untersucht die Wirksamkeit der AN-ERP als Zusatzbehandlung während der Phase der Gewichtswiederherstellung bei Personen mit AN im stationären Setting bezüglich einer Verbesserung des Essverhaltens im Vergleich mit der kognitiven Remediationstherapie (KRT).

Es wurden zwei Hypothesen aufgestellt. Erstens wird eine AN-ERP-Intervention im Vergleich mit einer KRT-Intervention zu einer nachweislichen Verbesserung des Essverhaltens in Standardmahlzeitsituationen führen. Zweitens werden Personen in der AN-ERP-Intervention ihre essensbezogenen Ängste deutlich reduzieren, was in Zusammenhang mit dem verbesserten Essverhalten steht.

Methoden: Beim Studiendesign handelt es sich um eine randomisiert kontrollierte Studie (randomized controlled trial, RCT). Mittels computergestützter **blockweiser Randomisierung** wurden die Teilnehmer*innen zufällig auf die AN-ERP- oder KRT-Gruppe verteilt. Zur Messung des Essverhaltens wurde zu Beginn und nach Abschluss der Intervention eine Messung der Kalorienaufnahme in einer standardisierten Testmahlzeit im Labor durchgeführt. Durch Selbsteinschätzungsfragebögen wurden ebenfalls Angst als

Persönlichkeitsmerkmal, situative Angst direkt vor den Testmahlzeiten und die Akzeptanz der Behandlung erfasst.

Intervention: In der AN-ERP Intervention (90min) liegt den Schwerpunkt auf direkter, stufenweiser Konfrontation mit angstausslösenden Situationen. In diesem Moment sollen mit therapeutischer Unterstützung ritualisierte Verhaltensweisen zur Angstbewältigung vermieden werden. So wird die Erfahrung ermöglicht, dass Angst aufgrund von Habituation mit der Zeit automatisch sinkt und die dysfunktionalen Rituale nicht benötigt werden. Bei einer KRT (45min) werden Übungsserien zur Förderung kognitiver Flexibilität durchgeführt. Die Studienteilnehmer*innen erhielten die Intervention in Form von Gruppen- und Einzeltherapien für einen Monat dreimal pro Woche zusätzlich zu ihrem Therapieprogramm. Auch zwischen den Sitzungen sollten die Teilnehmenden selbstständig üben.

Resultate: Personen in der AN-ERP-Bedingung nahmen im Durchschnitt in der zweiten Testmahlzeit 50 kcal mehr zu sich, Personen in der KRT-Bedingung 70 kcal weniger. Die essensbezogene Angst sank im Schnitt in beiden Versuchsbedingungen, die Veränderungen waren statistisch jedoch nicht signifikant. Dennoch zeigte Cohen's d einen geringen Effekt. Die Angstreduktion korrelierte signifikant mit der Steigerung der Kalorienaufnahme.

Kritische Würdigung: Der theoretische Hintergrund und die daraus abgeleiteten Hypothesen werden differenziert beschrieben. Das RCT-Design ist geeignet, um die Wirksamkeit von Behandlungen zu untersuchen. Ethisch ist es evtl. fragwürdig, einer Versuchsgruppe die neue Behandlung vorzuenthalten. Dies wurde jedoch kompensiert, indem die Teilnehmenden nach Studienabschluss die Möglichkeit hatten, die jeweils andere Intervention zu erhalten. Die Stichprobengröße wird nicht begründet – es musste mit den Patient*innen gearbeitet werden, die mit den gewünschten Einschlusskriterien im Spital in Behandlung waren und sich für eine Studienteilnahme zur Verfügung stellten. Motivierte Teilnehmende führen eher zu einer Überschätzung der Wirksamkeit der Behandlungen. Auch andere systematische Verzerrungen können nicht ausgeschlossen werden. Neben den von den Forscher*innen selbst genannten Limitationen könnte auch der Fakt, dass die Patient*innen ihre Versuchsbedingung kannten, sich positiv oder negativ auf die Motivation ausgewirkt haben, wobei sich die Akzeptanz der Behandlung

zwischen den Gruppen nicht unterschied. Das Assessment für das Outcome „Essverhalten“ wird ausführlich beschrieben. Die Fragebogen-Assessments werden nicht näher beschrieben und es werden keine Gütekriterien genannt. **Augenscheinvalidität** ist für die Verfasserinnen jedoch gegeben. Positiv hervorzuheben sind die Tatsachen, dass die Messung des Outcomes „Essverhalten“ mit einem objektiven Mass erfolgte. Es stellt sich die Frage, inwieweit die angebotene, hochkalorische Testmahlzeit den alltäglichen Essgewohnheiten der Proband*innen entspricht. Die Beschreibung der Interventionen war unterschiedlich detailliert, was auf eine implizite Wertung der Wichtigkeit durch das Forschungsteam und damit auf mangelnde Objektivität hindeuten kann. Die statistischen Analysemethoden waren angemessen und die Voraussetzungen der verwendeten Verfahren wurden erfüllt. Obschon ein Resultat nicht signifikant war, wurden durch das Forschungsteam Effektstärken angegeben, was das Abschätzen der klinischen Relevanz erleichtert. Die aus den Ergebnissen gezogenen Schlussfolgerungen sind korrekt und die Ergebnisse werden in die bestehende Forschungsliteratur eingebettet. Die explizite und ausführliche Offenlegung von Limitationen, aber auch das Nennen von Stärken der Studie sind als sehr positiv zu werten.

Fazit: Die Stärken der Studie sind ihr methodisch sorgfältiger Aufbau, die genaue, selbstkritische Offenlegung ihrer Limitationen, die ethisch korrekte Vorgehensweise und die objektive Messung des Essverhaltens. Die grössten Probleme der Studie sind die möglicherweise mangelnde Objektivität der Forschenden, das Versagen der Randomisierung bezüglich des Krankheitssubtyps und die Tatsache, dass die Intervention ohne Training schwierig umzusetzen ist, da sie manualisiert ist.

5 Diskussion

In den sechs ausgewählten Hauptstudien wurden Interventionen aus der Ergotherapie, der Psychologie und aus den Pflegewissenschaften, welche das Essverhalten von Personen mit einer Essstörung positiv beeinflussen, beschrieben. In diesem Kapitel werden nun die Ergebnisse der vorgängig dargestellten Hauptstudien in einen Zusammenhang gebracht und hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit in die Ergotherapie diskutiert. Damit auch die Resultate und Interventionen der nicht-ergotherapeutischen Interventionen in die ergotherapeutische Praxis übertragen werden können, werden sie den vier Interventionsprinzipien des OTIPM zugeordnet. Die Einteilung wurde nach bestem Wissen und Gewissen aus Sicht der Verfasserinnen auf Grundlage der Ausführungen im Fachbuch OTIPM vorgenommen. Andere Interpretationsmöglichkeiten werden nicht

ausgeschlossen. Um den Lesefluss zu gewährleisten, werden die Hauptstudien mit Nummern referenziert, welche Tabelle 7 zu entnehmen sind.

Tabelle 7
Nummerierung der Hauptstudien

Nummer	Autor	Jahr	Titel	Profession
1	Biddiscombe et al.	2018	Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders.	Ergotherapie
2	Cardi et al.	2012	Meal support using mobile technology in anorexia nervosa. Contextual differences between inpatient and outpatient settings.	Psychologie
3	Cardi et al.	2019	The use of a positive mood induction video-clip to target eating behavior in people with bulimia nervosa or binge eating disorder: An experimental study.	Psychologie
4	Gísladóttir & Svavarsdóttir	2011	Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders.	Pflege
5	Lock et al.	2012	The St Georges eating disorders service meal preparation group for inpatients and day patients pursuing full recovery: A pilot study.	Ergotherapie
6	Steinglass et al.	2014	Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: a randomized controlled pilot study.	Psychologie

5.1 Akquisitorische Betätigung

Nach Fisher (2014) fokussiert sich das akquisitorische Interventionsprinzip auf den (Wieder-)erwerb oder auf das Erhalten von Fertigkeiten, die zum Ausführen einer Betätigung relevant sind. Bei drei der sechs untersuchten Hauptstudien lassen sich die Intervention oder Elemente daraus dem akquisitorischen Interventionsprinzip zuordnen (1, 4, 5). Die beiden Ergotherapie-Studien (1, 5) setzten zur Verbesserung des Essverhaltens auf das Üben von Fertigkeiten direkt in den Betätigungen rund um die Mahlzeitenzubereitung und das sozial angemessene Essen in Gesellschaft. Die in Hauptstudie 5 beschriebene Intervention bot den Klient*innen Gelegenheit, von der Menüplanung über das Einkaufen bis zur Mahlzeitenzubereitung alle Schritte mit einer Fachperson vorzubesprechen und in der Betätigung selbst zu üben. Jede Person plante dabei für sich selbst ein Menü, welches ihrem Geschmack, Budget und den Möglichkeiten im Alltag zuhause entspricht. Hauptstudie 1 beschreibt den praktischen Teil der Intervention nicht so ausführlich. Es wird daher nicht klar, ob die Gruppe gemeinsam eine einzige Mahlzeit zubereitete oder ob jede Person individuell ihr Menü plante. In beiden Interventionen (1, 5) erfolgte die Zubereitung und das Essen gemeinsam in der Gruppe. Dabei wird übereinstimmend beschrieben, dass die Aufgabe der Ergotherapeut*innen darin besteht, in den Esssituationen festgelegte Regeln durchzusetzen, gesundes Essverhalten zu bestärken und bei Schwierigkeiten mögliche Coping-Strategien aufzuzeigen und Unterstützung anzubieten. Hauptstudie 5 beschreibt zusätzlich die Wichtigkeit, als Fachperson hinsichtlich sozial angemessenen Essverhaltens eine Vorbildfunktion einzunehmen und die Esserfahrung durch Initiierung von Konversation am Tisch zu normalisieren. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse beider Studien darauf hindeuten, dass praktische Koch- und Essgruppen mit 4-8 Teilnehmenden dazu führen, dass sich die Fähigkeiten rund um das Thema Essen und Kochen der Einschätzung der Teilnehmenden zufolge verbessern (1, 5). Hauptstudie 1 liefert mit ihrem Fokus auf das Erleben der Interventions-Teilnehmer*innen Gründe, welche Aspekte in Bezug auf das verbesserte Essverhalten als hilfreich empfunden werden: die klare Struktur und Regeln, von denen einige Elemente in den Alltag übernommen werden können, die geteilte Erfahrung als Gruppe, die Unterstützung durch eine Fachperson und das Erlernen von selbstsicherer Kommunikation. Letzteres mag in diesem Zusammenhang vielleicht überraschend erscheinen, deckt sich jedoch mit Literatur, die besagt, dass Personen mit einer Essstörung häufig Schwierigkeiten haben, für sich und ihre Bedürfnisse einzustehen (Legenbauer, 2015). In beiden Studien (1, 5)

wurden die Koch- und Essgruppen mit einer Nachbesprechung der Intervention abgeschlossen. Wenn diese dazu dienten, dass die Teilnehmenden lernen, über ihre Gefühle und Bedürfnisse zu sprechen, um dies in Alltagssituationen nutzen zu können, ist auch dies dem akquisitorischen Modell zuzuordnen. Einen ähnlichen Ansatz verfolgte die Hauptstudie 4. Ambulant lernten Angehörige von Personen mit AN, BN oder EDNOS in der Interaktion mit anderen Angehörigen und unter Anleitung einer Fachperson, über ihre Gefühle und ihr Erleben in Bezug auf die Erkrankung zu sprechen und aktiv zuzuhören. Diese Fertigkeiten sollten sie auch im Alltag mit den von einer Essstörung betroffenen Angehörigen anwenden. Die verbesserten Interaktionsfertigkeiten sollten zu weniger Kritik und übersteigter Emotionalität in der Kommunikation führen und damit einen positiven Einfluss auf das Essverhalten der Betroffenen haben. Ob das durch Familienmitglieder tatsächlich beobachtete, verbesserte Essverhalten der Patient*innen tatsächlich wegen dieses Aspekts der Intervention zustande kam, lässt sich aufgrund des Studiendesigns und methodischer Mängel der Studie nicht eindeutig feststellen. In Hauptstudie 1 bestätigen die Teilnehmenden allerdings, dass soziale Unterstützung durch Fachpersonen, andere Betroffene aber auch durch Familie und Freunde einen tiefgreifenden Effekt auf ihre Genesung hatten. Auch Lock et al. (2010) bestätigen, dass Familientherapie der reinen Individualtherapie bei dieser Klientengruppe überlegen ist. Bei den Hauptstudien 1 und 5 ist die Übertragbarkeit in die ergotherapeutische Praxis gegeben. Verschiedene Quellen deuten darauf hin, dass Ergotherapeut*innen geeignet sind, Koch- und Essgruppen anzubieten und zu leiten (Clark & Nayar 2012; Mack 2019; Robinson, Kane & Leicht, 2005). Es sei jedoch angemerkt, dass die Wirksamkeit dieser Intervention nicht als gesichert angesehen werden kann, da beide Hauptstudien Mängel aufweisen, welche die Generalisierbarkeit der Resultate einschränken. In Hauptstudie 1 wurden Personen mit AN, BN, BES und EDNOS im ambulanten Setting eingeschlossen, in Hauptstudie 5 nur Personen mit einer AN oder BN im ambulanten oder stationären Setting und einem Mindest-BMI von 20 kg/m². Ausserdem war der Anteil männlicher Probanden mit 1% in Hauptstudie 1 und 7% in Hauptstudie 5 sehr gering. Die Generalisierbarkeit der Resultate auf alle Personen mit einer Essstörung ist daher in Frage zu stellen. Da die Resultate jedoch trotz der Heterogenität der Diagnosen unabhängig voneinander in eine positive Richtung deuten, kann davon ausgegangen werden, dass die Intervention grundsätzlich bei Personen mit allen Diagnosen erfolgreich angewendet werden kann. Das grösste Problem ist vermutlich, dass bei beiden Studien bloss qualitativ (1) oder quantitativ (5) die subjektive Einschätzung bezüglich der essbezogenen Fertigkeiten der

Teilnehmer*innen gemessen wurde - noch dazu in beiden Studien mit eigenen, nicht validierten Messinstrumenten. Bei beiden Studien gab es weder eine zusätzliche objektive Messung des Essverhaltens noch eine Kontrollgruppe zur Überprüfung der Wirksamkeit der Intervention. Es bleibt daher ungewiss, ob sich das Essverhalten wirklich auch objektiv verbessert hat oder ob die positiven Ergebnisse beispielsweise mit einer hohen Ausfallrate der unmotivierten Teilnehmenden erklärbar ist. Mangels Kontrollgruppe bleibt auch unklar, ob die subjektive Verbesserung tatsächlich auf die angebotene Intervention zurückzuführen und nicht bloss Zeiteffekten oder alternativen Behandlungen geschuldet ist. In Hauptstudie 5 ist bei den statistischen Berechnungen so unsorgfältig vorgegangen worden, dass die Resultate nicht interpretiert werden dürften.

Es bleibt festzuhalten, dass aufgrund methodischer Mängel der ergotherapeutischen Hauptstudien (1, 5) keine gesicherte Empfehlung zum Einsatz von Koch- und Essgruppen gegeben werden kann. Dass die Intervention in beiden Studien unabhängig voneinander zu subjektiver Verbesserung der empfundenen Koch- und Essfähigkeiten führte, wird als erstes Indiz gewertet, dass diese Intervention einen positiven Einfluss auf das Essverhalten bei weiblichen Personen mit einer AN, BN, BES oder EDNOS, welche ein normales Körpergewicht erreicht haben, im ambulanten wie stationären Setting haben könnte. Studien mit Kontrollgruppen, validen Messinstrumenten und sauberer methodischer Arbeit wären jedoch nötig, um diese Annahme zu bestätigen. Der Einbezug von Angehörigen in die Therapie wird von der Forschungsliteratur empfohlen. Hauptstudie 4 regt das Üben von sozialen Interaktionsfähigkeiten mit Angehörigen von Personen mit einer Essstörung an. Auch Fisher (2014) zufolge ist der Einbezug der Klientenkonstellation ein wichtiger Bestandteil der ergotherapeutischen Arbeit. Jedoch bedarf es auch hier weiterer Forschung, um die in Hauptstudie 4 gefundenen positiven Effekte zu bestätigen.

5.2 Restitutive Betätigung

Das restitutive Interventionsprinzip fokussiert nach Fisher (2014) auf den Einsatz von Betätigungen zur Beeinflussung von personenbezogenen Faktoren und Körperfunktionen. Von den sechs Hauptstudien können fünf Interventionen dem restitutiven Interventionsprinzip zugeordnet werden (1, 2, 3, 4, 6). Die Hauptstudien 1, 2 und 5 kamen zum Schluss, dass die Körperfunktionen **Selbstwirksamkeitserwartung** und *Motivation* wichtige Ansatzpunkte in der Therapie von Personen mit Essstörungen darstellen. Das Vertrauen in die essensbezogenen Fähigkeiten (5) und die Zuversicht, etwas am eigenen Essverhalten ändern zu können (2), sind bei dieser Klientengruppe herabgesetzt (2, 5).

Die Wichtigkeit, das pathologische Essverhalten zu verändern wird von Betroffenen jedoch erkannt (2) und die Motivation, gesundes Essverhalten zu zeigen, ist nur geringfügig niedriger als in einer Normstichprobe (5). Die hohe Abbruchrate zu Beginn des Koch- und Esstrainings deutet jedoch darauf hin, dass eine Stärkung der Motivation gerade zu Beginn der Intervention wichtig ist. In Hauptstudie 1 berichten die Klient*innen selbst, dass ihnen zum Übertragen der erworbenen Fähigkeiten in den Alltag die Motivation ohne Unterstützung häufig fehlen würden. Die Resultate von Hauptstudie 5 deuten darauf hin, dass durch das gezielte Trainieren von essensbezogenen Fertigkeiten in ergotherapeutischen Koch- und Essgruppen die Motivation und Selbstwirksamkeitserwartung von Personen mit Essstörungen gestärkt werden können. Ergotherapeut*innen ermöglichen durch das Anbieten von Betätigungen, welche für die Klient*innen weder über- noch unterfordernd sind, Erfolgserlebnisse, sie sprechen Lob aus und bieten emotionale Unterstützung (1, 5). Auch die Anwesenheit von anderen Personen mit ähnlichen Schwierigkeiten und von Fachpersonen, welche als gutes Vorbild gesundes Essverhalten vorzeigen, wirkt auf Klient*innen motivierend (1). Aus zuvor bereits beschriebenen Gründen ist es für eine generelle Empfehlung für die Anwendung dieser Intervention in der Ergotherapie noch zu früh.

Hauptstudie 3 zielte darauf ab, durch Ansehen eines positiven Vodcasts oder Anhören von Musik während einer Mahlzeit negative Stimmung zu reduzieren, da diese nachweislich mit erhöhter Kalorienaufnahme bei Personen mit BN oder BES in Beziehung steht. Da durch die Intervention die zugrundeliegenden konditionierten Reaktionen bezüglich Nahrung verändert werden sollten, handelt es sich um restitutive Betätigung. Die Resultate zeigen, dass die Reduktion negativer Stimmung tatsächlich einen positiven Einfluss auf das Essverhalten der Teilnehmenden hatte. Es ist jedoch limitierend anzumerken, dass in Studie 3 positive Stimmung nicht direkt gemessen wurde, sondern nur die Reduktion negativer Stimmung. Auch lag die durchschnittliche Krankheitsdauer der Versuchsgruppe unter sechs Jahren. Die Generalisierbarkeit auf längere Krankheitsverläufe ist nicht gegeben. Drei der Hauptstudien (1, 2, 6) fokussieren sich auf die Reduktion von Ängsten in essensbezogenen Situationen. Die Studien verfolgen dabei unterschiedliche Strategien: während Hauptstudien 1 und 2 darauf abzielen, die Angst in essensbezogenen Situationen durch den Einsatz von Coping-Strategien zu regulieren, werden die Klient*innen in Hauptstudie 6 durch Therapeut*innen darin unterstützt, aktiv in angstbesetzte Situationen zu gehen und diese ohne Anwendung einer Coping-Strategie auszuhalten. Dadurch sollen die Klient*innen erfahren, dass die Angst automatisch ohne

das Anwenden von Coping-Strategien über die Zeit abnimmt. Die Therapeut*innen haben dieser Strategie zufolge vor allem die Rolle, den Klient*innen dabei zu helfen, das Verändern im Ausmass ihrer erlebten Ängste wahrzunehmen. Obwohl sich diese Strategien widersprechen, zeigen die Resultate der unterschiedlichen Studien positive Auswirkungen auf das Essverhalten. Hauptstudie 2 verwendete ein Fall-Kontroll-Design, was keine Rückschlüsse auf Ursache-Kausalität der Intervention erlaubt. Hauptstudie 6 wäre dank RCT-Design, welches diesen Schluss zulässt, im Vorteil. Jedoch bestehen bei Hauptstudie 6 deutliche Zweifel an der Objektivität der Forscher*innen. Die Klient*innen aus Hauptstudie 1 berichten subjektiv, dass sie beide Strategien, also die reine Exposition und das Anwenden von Coping-Strategien als hilfreich für die Etablierung eines gesunden Essverhaltens empfanden. Beide Hauptstudien (2, 6) untersuchten die Auswirkung der Intervention unmittelbar nach der Situation und es ist nicht klar, ob die gefundenen positiven Effekte längerfristig anhalten würden. Weitere Studien mit Langzeitergebnissen wären demzufolge wünschenswert. Ausserdem beinhalteten beide Studien Stichproben, welche ausschliesslich Klient*innen mit der Diagnose AN untersuchten – die Generalisierbarkeit auf alle Personen mit Essstörungen ist daher nicht gegeben. Die Resultate der Hauptstudie 2 weisen ergänzend darauf hin, dass der Zeitpunkt, in dem die Angst auftritt (d.h. vor, während oder nach der Mahlzeit) eine Rolle zu spielen scheint. Dem sollte individuell Rechnung getragen werden. Die Ergotherapie kann grundsätzlich beide Strategien in der Praxis nutzen: Beispielsweise in der Leitung von Koch- und Essgruppen, wie Studie 1 zeigt. In der Betätigungssituation zu sein und zusammen mit dem Klienten oder der Klientin herauszuarbeiten, welche Aspekte der Situation (Person/Umwelt/Aufgabe) Angst auslösen und wie damit umgegangen werden kann, ist durchaus denkbar. Wie bereits erwähnt, wurden in den Studien 1 und 5 die Teilnehmenden zur Reflexion der gemachten Erfahrungen angehalten. Highlights und Schwierigkeiten wurden jeweils nochmals hervorgehoben. Wenn das **klinische Reasoning** darin besteht, dass dadurch die verzerrten Kognitionen bezüglich essensbezogener Situationen fortlaufend herausgefordert und in Frage gestellt werden, handelt es sich um restitutive Betätigung.

5.3 Adaptive Betätigung

Laut Fisher (2014) fokussiert sich das adaptive Interventionsprinzip auf die langfristige Kompensation von ineffektiven Fertigkeiten, welche für die Betätigung benötigt werden. Streng genommen wird vermutlich bei allen Interventionen in den Studien davon

ausgegangen, dass die Genesung erreicht werden und die Kompensationsstrategie langfristig gesehen wieder abgebaut werden kann. Dies würde dem akquisitorischen und restitutiven Prinzip entsprechen. Da jedoch die langfristige Genesung bei Menschen mit einer Essstörung häufig nicht erreicht wird (Berger, 2008), werden die Kompensationsstrategien aus den Studien zur adaptiven Betätigung gezählt. So können vier der Interventionen oder Aspekte davon aus den Hauptstudien dem adaptiven Interventionsprinzip zugeordnet werden (1, 2, 3, 5).

Studien 2 und 3 setzten einen positiven Podcast beziehungsweise positiven Podcast versus positive Musik (2) ein. Eingeschlossen sind bei Studie 2 Strategien, welche die Motivation und Akzeptanz fördern und damit die negativen Assoziationen gegenüber Essen unterbrechen sollen: Entspannende Musik, Psychoedukation bezüglich dem Wiederaufbau von normalem Appetit und Prinzipien aus dem **Motivational Interviewing** wie offene Fragen, Mitgefühl und Aufmerksamkeitslenkung auf Wünsche und Autonomie. Die Bilder unterstützten den verbalen Inhalt (Fragezeichen, mitfühlende Gesichter, Tiere, helle Landschaften). Ob diese Resultate auf andere Diagnosen als AN übertragbar sind, bleibt ungewiss, wobei die Studie 3, welche einen positiven Podcast zur Reduktion von Craving bei Klient*innen mit BN und BES untersuchte, ebenfalls positive Effekte aufzeigen konnte. Wie generalisierbar diese Ergebnisse sind, bleibt trotzdem fraglich, da bei beiden Studien nur kurzzeitige Effekte gemessen wurden und vermutlich tendenziell jene Personen zur Studienteilnahme bereit waren, die motivierter für eine Genesung sind als die Gesamtpopulation. Auch die Geschlechterrepräsentativität ist nicht gegeben, da sich keine Männer in den Versuchsgruppen befanden. Trotzdem scheint es wichtig, solche und individualisierte Techniken vor, während und nach der Mahlzeit zu nutzen. Genau hierbei sehen die Verfasserinnen die Rolle der Ergotherapie, die mit ihrem Blick auf Betätigung dabei unterstützen kann, individuell hilfreiche Strategien zu entwickeln und in der Situation anzuwenden. Damit es wirklich betätigungsbasierte Interventionen nach Fisher (2014) sind, müsste erörtert werden, was individuell bei den Klient*innen positive Stimmung auslöst. In Folge könnte diese Strategie dann jeweils regelmässig vor dem Essen als kompensatorische Gewohnheit etabliert werden. Vermutlich ist zur Erzielung des Effekts nicht zwingend ein Podcast oder Musik nötig. Dies müsste jedoch in weiteren, vorzugsweise ergotherapeutischen, Studien untersucht werden.

Auch die Hauptstudien 1 und 5 haben kompensatorische Elemente. Diese beinhalten Coping-Strategien bei Mahlzeiten, Adaptationen im sozialen Umfeld oder auch eine Hilfsperson, die als Rollenmodell für gesundes Essverhalten fungiert. Auch das Essen in

einer Gruppe mit klaren Strukturen und strikten Regeln kann als kompensatorische Herangehensweise betrachtet werden. Die Hauptstudie 6 widerspricht dieser Strategie klar: ihr Fazit ist, dass aushalten ohne Kompensation der nachhaltigste Weg zur Genesung sei. Allerdings überprüft die Studie nicht direkt, ob diese Strategie einer Strategie mit Kompensationen vorzuziehen ist. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

5.4 Betätigungsbasierte Edukations- und Schulungsprogramme

Laut Fisher (2014) beinhaltet dieses Interventionsprinzip die Planung und Durchführung betätigungsfokussierter Edukations- und Schulungsprogramme für Gruppen von Menschen mit ähnlichen Problemen in der Betätigungsausführung. Die Intervention der Hauptstudie 4 aus dem Bereich der Pflegewissenschaften kann diesem Interventionsprinzip zugeordnet werden: In dieser Intervention wurden Angehörige von jungen Frauen mit einer Essstörung (AN, BN, EDNOS) in einer Gruppenintervention geschult und unterstützt. Es wurde also nach Fisher (2014) mit der Klientenkonstellation gearbeitet. Wie bereits ausgeführt, können einzelne Elemente – wie die Gruppendiskussionen – dieser Intervention auch dem akquisitorischen Interventionsprinzip zugeordnet werden – diese werden hier nicht wiederholt. Klassisch für ein Edukations-Programm wurde den Angehörigen zunächst Wissen über Essstörungen, inklusive Behandlungsmöglichkeiten, Prognose und der Rolle der Angehörigen im Genesungsprozess, vermittelt. Dies ist nötig, da vor allem Eltern sich häufig für den Ausbruch der Krankheit die Schuld geben (Raenker et al., 2013) und gleichzeitig krankheitsbedingte Handlungen von Betroffenen als feindselig und unkooperativ erlebt werden (Pauli, 2018). Es ist deshalb wichtig, dass die Angehörigen lernen, hinter den durch die Krankheit verursachten Handlungen noch die Person zu erkennen (Pauli, 2018; Uehara et al. 2001). Es folgten Informationen zu veränderten Familienroutinen und der Wichtigkeit der gemeinsamen Wiederaufnahme von unbelasteten Aktivitäten. Der Austausch in der Gruppe wurde angeregt, konkret ausprobiert wurde jedoch nicht in der Sitzung; dies wurde als Hausaufgabe mitgegeben. Ein aus ergotherapeutischer Sicht besonders interessanter Bestandteil der Intervention war die Aufgabe, eine gemeinsame Betätigung wieder auszuführen. Durch gemeinsames Tun könnte aus Sicht der Verfasserinnen ein Stück Normalität wiedererlebt werden. Auch die Wichtigkeit von Pausen in der Betreuungsrolle für die eigene Ausgeglichenheit wurde den Angehörigen aufgezeigt. Diese Empfehlungen basieren auf Erkenntnissen der **Betätigungswissenschaften**, für die Ergotherapeut*innen Expert*innen sind. Das

Konzept der Occupational Balance (Jonsson & Persson, 2006) besagt, dass ein ausgewogenes Verhältnis zwischen fordernden und erholsamen Betätigungen angestrebt werden sollte. Verschiedene Studien deuten laut (Backman, 2004) auf einen Zusammenhang zwischen der Occupational Balance und Gesundheit hin.

Angehörigenarbeit ist in der Behandlung von Personen mit Essstörungen, wichtig (Clark & Nayar, 2012; Schmidt, 2015) und hat in der Ergotherapie einen hohen Stellenwert, da der Klient ganzheitlich innerhalb seiner Umwelt erfasst wird (Fisher, 2014). Wenn die Ergotherapie ein solches Schulungsprogramm anbieten möchte, könnte sie auch die Resultate der anderen Studien einbeziehen: Hauptstudie 1 zeigt, dass Betroffene sich häufig überlastet fühlen, wenn sie zuhause im Alltag in essensbezogenen Situationen keine soziale Unterstützung mehr haben. Raenker et al. (2013) beschreiben, dass Angehörige von Personen mit Essstörungen häufig sehr stark emotionale, jedoch aufgrund mangelnden Hintergrundwissens wenig praktische Unterstützung leisten. Gerade die Frage, wie Betroffenen in Mahlzeitsituationen unterstützt werden könne, beschäftigt die Angehörigen (Schmidt, 2015). Für die Unterstützung von Angehörigen in diesen Belangen sehen die Verfasserinnen die Ergotherapie mit ihrem ganzheitlichen Blick auf Betätigungen als grosse Chance: Angehörige könnten betätigungsbasiert geschult werden, welche Unterstützungsmöglichkeiten sie in den Situationen bieten können, beispielsweise auf Grundlage der Erkenntnisse aus den ergotherapeutischen (1, 5) und den psychologischen Hauptstudien (2, 3). Eine weitere Möglichkeit zur Anwendung des edukativen Interventionsprinzips in der Praxis sehen die Verfasserinnen im Anbieten einer Schulung für die Pflegefachpersonen in einer psychiatrischen Klinik. Pflegefachpersonen werden häufig zur Unterstützung der Patient*innen in Mahlzeiten-Situation eingesetzt und fühlen sich dort – auch hinsichtlich des Einbezugs der Umwelt – oft überfordert (Long, Wallis, Leung, Arcelus & Meyer, 2011). Da Ergotherapeut*innen Expert*innen für das Zusammenspiel von Betätigung, Umwelt und Person sind (Biddiscombe et al., 2018), könnten sie mit ihrem Wissen die Pflegefachpersonen coachen, welche durch ihre Unterstützung wiederum das Essverhalten der Klient*innen positiv beeinflussen können. Ein betätigungsbasiertes Schulungsprogramm für Menschen mit Essstörungen wäre ebenfalls denkbar. Aufgrund der Hinweise, dass Interventionen mit akquisitorischem, restitutivem und adaptivem Fokus, in denen direkt in der Betätigung geübt werden kann, einen positiven Einfluss auf die Betätigungsausführung zu haben scheinen, wären diese aus Sicht der Verfasserinnen jedoch vorzuziehen.

Der Übertrag einer schulenden Intervention zur Verbesserung des Essverhaltens von Personen mit einer Essstörung in die Ergotherapie ist also durchaus denkbar. Ohne Einschränkung kann sie aufgrund der Studienlage jedoch nicht empfohlen werden. Hauptstudie 4 war für die Verfasserinnen die einzig identifizierbare Studie, welche den Einfluss einer Familienintervention auf das Essverhalten der Betroffenen untersuchte. Das Essverhalten wurde subjektiv durch die Angehörigen erfasst und die statistischen Auswertungsverfahren sind mangelhaft, was die Vertraulichkeit der Resultate einschränkt. Ausserdem erlaubt das Studiendesign keine Aussagen über einen Ursache-Wirkungszusammenhang. Hauptstudie 4 kann also nur einen ersten Hinweis auf die Wirksamkeit der schulenden und unterstützenden Familienintervention auf das Essverhalten von Personen mit Essstörungen liefern.

6 Schlussfolgerung

Zum Abschluss werden in diesem Kapitel die Fragestellung beantwortet, Limitationen der vorliegenden Arbeit benannt und basierend auf der Schlussfolgerung Empfehlungen für weitere Forschung gegeben.

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung kann anhand der eingeschlossenen Literatur nicht eindeutig und abschliessend beantwortet werden. Diese Literaturarbeit liefert lediglich Hinweise, wie Ergotherapeut*innen Menschen mit einer Essstörung beim Etablieren eines gesunden Essverhaltens unterstützen könnten. Das praktische Üben von Kochen und Essen hat andeutungsweise einen positiven Effekt auf die Fähigkeiten sowie die Motivation und Zuversicht, diese Betätigungen auszuführen (Biddiscombe et al., 2018; Lock et al., 2012). Beim Übertrag in den Alltag gibt es jedoch häufig Schwierigkeiten: Die Studie von Biddiscombe et al. (2018) konnte zeigen, dass fehlende Strukturen und Unterstützung zuhause häufig zu Überforderung führen. Dies impliziert, dass Ergotherapie für diese Klientengruppe vermehrt auch domizil angezeigt oder in eine schrittweise Übergangsphase zu investieren wäre. Dafür könnten möglicherweise auch mobiltechnologisch gestützte Interventionen, wie von Cardi et al. (2012) und Cardi et al. (2019) geprüft, durchaus eine Überbrückungsvariante darstellen – oder je nachdem auch als langfristige Kompensationsstrategie hilfreich sein. Ausserdem spricht die Evidenz dafür, Angehörige in die Behandlung miteinzubeziehen. Die Intervention von Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011) liefert Hinweise, dass die Schulung und Unterstützung der

Angehörigen in der Folge zu einem gesünderen Essverhalten der Betroffenen führt. Auch Biddiscombe et al. (2018) betonen die Schlüsselfunktion, welche Angehörige für die Genesung von Menschen mit einer Essstörung innehaben. Im Gegensatz zu diesen Erkenntnissen steht die Studie von Steinglass et al. (2014), die sagt, dass Betroffenen lernen müssen, ihre Angst ohne Anwendung von Coping-Strategien auszuhalten. Welcher Ansatz nachhaltiger ist oder wann welche Intervention am sinnvollsten ist, kann in dieser Literaturarbeit nicht abschliessend beantwortet werden. Noch existieren zu viele Forschungslücken und unklare Variablen bezüglich der Krankheitsmechanismen. Zudem waren alle Stichproben der in dieser Literaturarbeit inkludierten Hauptstudien zu klein, um Aussagen bezüglich Unterschiede zwischen einzelnen Diagnosen machen zu können. Die Ergotherapie und angrenzende Bezugswissenschaften sind angehalten, weiter zu forschen. Empfehlungen dazu werden im Kapitel Fazit und Ausblick gegeben.

6.2 Limitationen

Diese Bachelorarbeit enthält lediglich zwei Ergotherapie-Hauptstudien. Daher ist die Aussagekraft der Ergebnisse bezüglich der Ergotherapie, trotz des Übertrag ins OTIPM, eingeschränkt. Es wird zwar theoretisch ein Kontinuum der Krankheitsbilder angenommen, in den Studien aber doch nach Diagnosen getrennt geforscht: Da selten alle Krankheitsbilder in die Studie eingeschlossen wurden, ist eine pauschale Aussage zur Wirksamkeit einer bestimmten Intervention nicht möglich. Die generelle Aussagekraft für die Praxis wird auch dadurch eingeschränkt, dass eingeschlossenen Hauptstudien kaum männliche und häufig tendenziell motivierte Personen, die in ihrem Genesungsprozess schon weit fortgeschritten waren, untersucht haben. Da keine Studien aus der Schweiz aufgefunden werden konnten, ist der direkte Übertrag in den Schweizer-Kontext nicht gegeben. Die ergotherapeutische Literatur ist sehr rar; auch bezieht sich die gefundene Literatur teilweise aufeinander oder stammt von denselben Autor*innen, was zeigt, dass das Forschungsfeld noch sehr klein ist.

Auch methodisch gibt es einige Limitationen. Die Datenbanksuche wurde ohne vorhergehenden gemeinsame Probe-Suchdurchlauf aufgeteilt. Es ist nicht sicher, ob die Verfasserinnen gleich streng bei ihrer Auswahl vorgegangen sind. Der Selektionsprozess (Abbildung 1) zeigt, dass trotz präzis definierter Ein- und Ausschlusskriterien vor allem in Bezug auf das Outcome beachtliches Diskussionspotential herrschte. Auch haben die Verfasserinnen bei ihren Datenbanksuchen bei max. 200 Suchresultaten eine Grenze gezogen, bis zu der Suchresultate überhaupt auf Treffer überprüft wurden. Es kann also

sein, dass einige relevante Treffer nicht gefunden wurden. Zudem können Fehlinterpretationen und Übersetzungsfehler nicht ausgeschlossen werden, da Englisch für die Verfasserinnen eine Fremdsprache ist.

6.3 Fazit und Ausblick

Es gibt einige Fachartikel, welche den Mehrwert der Ergotherapie in der Behandlung von Menschen mit einer Essstörung aufzeigen. Jedoch konnten die Verfasserinnen wenige konkrete ergotherapeutischen Interventionsstudien ausfindig machen. Aus den Bezugswissenschaften Psychologie und Pflege konnten einzelne Interventionsstudien mit dem Outcome gesundes Essverhalten hinzugezogen werden. Diese erlauben einen ansatzweisen Übertrag in die ergotherapeutische Praxis. Von den Verfasserinnen wird bilanziert, dass die zum Themenfeld verfügbaren Studien verschiedene Aspekte von Interventionsinhalten aufzeigen, die einen günstigen Einfluss auf gesundes Essverhalten annehmen lassen. Da jedoch methodische Mängel häufig die Generalisierbarkeit und Verlässlichkeit der aktuell verfügbaren Ergebnisse einschränken, sind weitere Studien mit grösserer Aussagekraft nötig. Studien mit grösseren und geschlechterdurchmischten Stichproben wären indiziert, um die Generalisierbarkeit auf die Gesamtpopulation zu erhöhen. Auch um Unterschiede zur Behandlung nach Diagnose herauszufinden, wären grössere Versuchsgruppen notwendig. Forschungsbedarf besteht des Weiteren zu wirksamen Interventionen bei längeren Krankheitsverläufen. Es ist nötig, dass vermehrt Langzeitstudien und RCT's durchgeführt werden. Aus Sicht der Verfasserinnen zeigen die gefundenen Ergebnisse, dass die Ergotherapie viel Potential hat, Personen mit Essstörungen und ihre Angehörigen auf ihrem Genesungsweg zu unterstützen. Deshalb wäre auch von ergotherapeutischer Seite vermehrte Forschung in diesem Gebiet unbedingt wünschenswert.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen (AES). (o. D.). Abgerufen am 30. März 2020, von <https://www.aes.ch/therapie>
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostische Kriterien DSM-5®* (Deutsche Ausgabe; P. Falkai, H.-U. Wittchen, M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, ... M. Zaudig, Hrsg.). Göttingen: Hogrefe.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C. & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156–167. doi: [10.1016/j.cpr.2012.10.009](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.009)
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 Studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731. doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2011.74](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74)
- Backman, C. L. (2004). Occupational Balance: Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 202–209. doi: [10.1177/000841740407100404](https://doi.org/10.1177/000841740407100404)
- Baker, S. B. (2012). *Healthy occupation in the management of eating disorders: A program development plan* (Dissertation). Heruntergeladen von <https://utdr.utoledo.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=graduate-projects>
- Bakker, R., Meijel, B. van, Beukers, L., Ommen, J. van, Meerwijk, E., & Elburg, A. van. (2011). Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: The nurses' Perspective on effective interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 16–22. doi: [10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x)
- Bardone-Cone, A. M., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M. A., Robinson, D. P., Smith, R. & Tosh, A. (2010). Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. doi: [10.1016/j.brat.2009.11.001](https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.001)
- Baumgarten, A., & Strebel, H. (2016). *Ergotherapie in der Pädiatrie: Klientenzentriert, betätigungsorientiert, evidenzbasiert* (1. Aufl.). Idstein: Schulz- Kirchner Verlag.
- Berding, J., Dehnhardt, B., Fischer, A., Marotzki, U., Mentrup, C., Reichel, K., ... Späth, A. (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie. Deutsch-Englisch. Englisch-Deutsch*. (1. Aufl.; Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., Hrsg.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

- Berger, U. (2008). *Essstörungen wirkungsvoll vorbeugen. Die Programme PriMa, TOPP und Torera zur Primärprävention von Magersucht, Bulimie, Fress-Attacken und Adipositas*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Biddiscombe, R. J., Scanlan, J. N., Ross, J., Horsfield, S., Aradas, J. & Hart, S. (2018). Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(2), 98–106. doi: [10.1111/1440-1630.12442](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12442)
- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2007). *MedGB: Bundesgesetz für die universitären Medizinalberufe*. Abgerufen von <https://www.admin.ch/opc/de/classifiedcompilation/20040265/index.html>
- Cardi, V., Leppanen, J., Leslie, M., Esposito, M. & Treasure, J. (2019). The use of a positive mood induction video-clip to target eating behaviour in people with bulimia nervosa or binge eating disorder: An experimental study. *Appetite*, 133, 400–404. doi: [10.1016/j.appet.2018.12.001](https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.001)
- Cardi, V., Lounes, N., Kan, C. & Treasure, J. (2012). Meal support using mobile technology in Anorexia Nervosa. Contextual differences between inpatient and outpatient settings. *Appetite*, 60, 33–39. doi: [10.1016/j.appet.2012.10.004](https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.10.004)
- Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K. & Woodside, D. B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: A survival analysis. *Psychological Medicine*, 34(4), 671–679. doi: [10.1017/S0033291703001168](https://doi.org/10.1017/S0033291703001168)
- Clark, M., & Nayar, S. (2012). Recovery from eating disorders: A role for occupational therapy. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 59(1), 13–17.
- Devery, H., Scanlan, J. N. & Ross, J. (2018). Factors associated with professional identity, job satisfaction and burnout for occupational therapists working in eating disorders: A mixed methods study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(6), 523–532. doi: [10.1111/1440-1630.12503](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12503)
- Deutsche Gesellschaft für Essstörungen (2019). *Gemeinsame S3-Leitlinie «Diagnostik und Therapie der Essstörungen»*. AWMF. Heruntergeladen von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2019-07_01.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (2011). *S3-Leitlinie. Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Kurzfassung*. AWMF. Heruntergeladen von https://www.forum-ess-stoerungen.de/upload/aktuelles/051-026k_s3_diagnostik_therapie_essst%C3%B6rungen_2011-12.pdf

- Ernst, J.-P., Simonovic, V., Groß, D., Herpertz-Dahlmann, B. & Hagenah, U. (2011). *Stigmatisierung bei Anorexia Nervosa*. Kassel: kassel university press.
- EVS. (2005). *Berufsprofil Ergotherapie*. Abgerufen von <https://www.ergotherapie.ch/ergotherapie-de/berufsprofil/>
- Fairburn, C. G. (2012). *Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Federici, A. & Kaplan, A. S. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16(1), 1–10. doi: [10.1002/erv.813](https://doi.org/10.1002/erv.813)
- Fisher, A. G. (2014). *OTIPM, Occupational Therapy Intervention Process Model, Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down- Intervention* (1. Aufl.). Idstein: Schulz- Kirchner Verlag.
- Föcker, M., Knoll, S. & Hebebrand, J. (2015). Essstörungen im DSM-5. In S. Herpertz, M. Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl., S. 27–33). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. & Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. doi: [10.1093/ajcn/nqy342](https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342)
- Gardiner, C. & Brown, N. (2010). Is There a Role for Occupational Therapy within a Specialist Child and Adolescent Mental Health Eating Disorder Service? *British Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 38–43. doi: [10.4276/030802210X12629548272745](https://doi.org/10.4276/030802210X12629548272745)
- Gísladóttir, M. & Svavarsdóttir, E. K. (2011). Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(2), 122–130. doi: [10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x)
- Gravetter, F. J. & Forzano, L. A. B. (2009). *Research methods for the behavioral sciences* (3. Aufl.). Wadsworth: Cengage Learning.
- Guba, B. (2008). Systematische Literatursuche. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 158(1–2), 62–69. doi: [10.1007/s10354-007-0500-0](https://doi.org/10.1007/s10354-007-0500-0)
- Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie: Theorien und Modelle; die Praxis begründen*. Georg Thieme Verlag.
- Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., Wietersheim, J. von, Cuntz, U. & Zeeck, A. (2011). The diagnosis and treatment of eating disorders. *Deutsches Ärzteblatt Online*, 108(40), 678–685. doi: [10.3238/arztebl.2011.0678](https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0678)

- Hilbert, A. (2015). Soziale und psychosoziale Auswirkungen der Adipositas: Gewichtsbezogene Stigmatisierung und Diskriminierung. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl., S. 419–423). Berlin Heidelberg: Springer.
- Jonsson, H. & Persson, D. (2006). Towards an experiential model of occupational balance: An alternative perspective on flow theory analysis. *Journal of Occupational Science*, 13(1), 62–73. doi: [10.1080/14427591.2006.9686571](https://doi.org/10.1080/14427591.2006.9686571)
- Karpowicz, E., Skärsäter, I. & Nevenon, L. (2009). Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(5), 318–325. doi: [10.1111/j.1447-0349.2009.00621.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00621.x)
- Keski-Rahkonen, A., & Tozzi, F. (2005). The process of recovery in eating disorder sufferers' own words: An internet-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 80–86. doi: [10.1002/eat.20123](https://doi.org/10.1002/eat.20123)
- Kielhofner, G., Marotzki, U. & Mentrup, C. (2005). *Model of Human Occupation (MOHO) Grundlagen für die Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Knuf, A. (2016). *Empowerment und Recovery*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Koven, N. & Abry, A. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 385–394. doi: [10.2147/NDT.S61665](https://doi.org/10.2147/NDT.S61665)
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review Form – Quantitative Studies*. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quanguidelines.pdf>
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)*. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelinesversion2.0.pdf>
- Legenbauer, T. (2015). Kognitive Verhaltenstherapie. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl., S. 269–277). Berlin Heidelberg: Springer.
- Leibl, C., Wach, G. & Voderholzer, U. (2018). *Hilferuf Essstörung: Rat und Hilfe für Betroffene, Angehörige und Therapeuten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lim, P. Y. & Agnew, P. (1994). Occupational therapy with eating disorders: A study on treatment approaches. *British Journal of Occupational Therapy*, 57(8), 309–314. doi: [10.1177/030802269405700808](https://doi.org/10.1177/030802269405700808)

- Lock, J., Grange, D. L., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W. & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025–1032. doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2010.128](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128)
- Lock, L., Williams, H., Bamford, B. & Lacey, J. H. (2012). The St George's Eating Disorders Service meal preparation group for inpatients and day patients pursuing full recovery: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 218–224. doi: [10.1002/erv.1134](https://doi.org/10.1002/erv.1134)
- Long, S., Wallis, D. J., Leung, N., Arcelus, J. & Meyer, C. (2012). Mealtimes on eating disorder wards: A two-study investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 241–246. doi: [10.1002/eat.20916](https://doi.org/10.1002/eat.20916)
- Mack, R. (2019). Treating eating disorders: An inside look at occupation-based interventions. *OT Practice*, 24(5), 16–21.
- Mayer, L. E. S., Schebendach, J., Bodell, L. P., Shingleton, R. M. & Walsh, B. T. (2012). Eating behavior in anorexia nervosa: Before and after treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 290–293. doi: [10.1002/eat.20924](https://doi.org/10.1002/eat.20924)
- McCormack, C. & McCann, E. (2015). Caring for an adolescent with anorexia nervosa: Parent's views and experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 143–147. doi: [10.1016/j.apnu.2015.01.003](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.01.003)
- Nordhausen, T. & Hirt, J. (2018). *Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken*. Heruntergeladen von https://refhunter.eu/files/2019/03/RefHunter_Version_3.0.pdf
- Pauli, D. (2018). *Size Zero. Essstörungen verstehen, erkennen, behandeln*. München: C. H. Beck.
- Raenker, S., Hibbs, R., Goddard, E., Naumann, U., Arcelus, J., Ayton, A., ... Treasure, J. (2013). Caregiving and coping in carers of people with anorexia nervosa admitted for intensive hospital care. *International Journal of Eating Disorders*, 46(4), 346–354. doi: [10.1002/eat.22068](https://doi.org/10.1002/eat.22068)
- Rasch, B., Frieze, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2010). *Quantitative Methoden 2. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. (3. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Reich, G. & Kröger, S. (2015). *Ess-Störungen. Gemeinsam wieder entspannt essen* (1. Aufl.). Stuttgart: TRIAS Verlag in MVS Medizinverlage.
- Schebendach, J., Mayer, L. E. S., Devlin, M. J., Attia, E., & Walsh, B. T. (2012). Dietary energy density and diet variety as risk factors for relapse in anorexia nervosa: A

replication. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 79–84. doi: [10.1002/eat.20922](https://doi.org/10.1002/eat.20922)

Schmidt, U. (2015). Arbeit mit Angehörigen. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl., S. 343–347). Berlin Heidelberg: Springer.

Schneider, N., Korte, A., Lenz, K., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. & Salbach-Andrae, H. (2010). Subjektive Therapiebeurteilung jugendlicher Patientinnen mit Essstörungen und deren Übereinstimmung mit Eltern- und Therapeutenbeurteilungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38(1), 51–57. doi: [10.1024/1422-4917.a000006](https://doi.org/10.1024/1422-4917.a000006)

Schnyder, U., Milos, G., Mohler-Kuo, M. & Dermota, P. (2012). *Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz, im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)*. Abgerufen von https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwj5mKfEvZDpAhUNx4UKHZYIAQEQFjACegQIDBAD&url=https%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fdam%2Fbag%2Fde%2Fdokumente%2Fnpp%2Fernaehrung-bewegung%2Fpraevalenz-essstoerungen-in-der-schweiz.pdf.download.pdf%2FPr%25C3%25A4valenz%2520von%2520Essst%25C3%25B6rungen%2520in%2520der%2520Schweiz.pdf&usq=AOvVaw3_SYuEhCFoxfvzE6eogH-Y

Schweiger, U., Sipos, V. & Peters, A. (2003). *Essstörungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Steinglass, J. E., Albano, A. M., Simpson, H. B., Wang, Y., Zou, J., Attia, E. & Walsh, B. T. (2014). Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: A randomized controlled pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(2), 174–180. doi: [10.1002/eat.22214](https://doi.org/10.1002/eat.22214)

Tchanturia, K., Lloyd, S. & Lang, K. (2013). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: Current evidence and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 492–495. doi: [10.1002/eat.22106](https://doi.org/10.1002/eat.22106)

Uehara, T., Kawashima, Y., Goto, M., Tasaki, S. & Someya, T. (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 132–138. doi: [10.1053/comp.2001.21215](https://doi.org/10.1053/comp.2001.21215)

- Warschburger, P. (2015). Psychosoziale Faktoren der Adipositas in Kindheit und Adoleszenz. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl., S. 396–401). Berlin Heidelberg: Springer.
- Wechsler, M. (2017, September). *Systematic Reviews: Die Systematische Literatursuche*. Basel: Universität Basel. Heruntergeladen von https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjtuIS30MjIAhUGKewKHemFDqkQFjABegQIBRAC&url=https://adam.unibas.ch/goto_adam_file_607401_download.html&usg=AOvVaw2Y2X6St6OnnegWJmq35qBr
- Whitney, J. & Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and inter-personal maintenance factors. *Journal of Mental Health*, 14(6), 575–585. doi: [10.1080/09638230500347889](https://doi.org/10.1080/09638230500347889)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Darstellung des Selektionsprozesses der Hauptstudien	19
Abbildung 2 Interventionsphase OTIPM, angepasst nach Fisher (2014).....	21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Diagnosekategorien nach DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015)	8
Tabelle 2 Verwendete Schlüsselbegriffe (inkl. Synonyme in deutscher und englischer Sprache) und datenbankspezifische Schlagwörter	14
Tabelle 3 Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Hauptstudien	17
Tabelle 4 Die vier Interventionsprinzipien nach OTIPM (Fisher, 2014)	21
Tabelle 5 Übersichtliche Darstellung ausgewählter Kriterien der sechs Hauptstudien	24
Tabelle 6 Themen und Zitate aus der qualitativen Befragung von Biddiscombe et al. (2018, S. 102-104)	28
Tabelle 7 Nummerierung der Hauptstudien.....	44

Wortzahl

Abstract: 193

Arbeit: 11'744

Danksagung

Wir bedanken uns an dieser Stelle herzlich bei unserer Mentorin, Frauke Rennhack für die engagierte Betreuung und zuverlässige Unterstützung beim Verfassen dieser Bachelorarbeit.

Auch bedanken wir uns bei unseren Mitstudentinnen für den wertvollen Austausch und die hilfreichen Ratschläge.

Dann bedanken wir uns bei Julia Graves, Ergotherapeutin in der Klinik Aadorf sowie ihren Teamkollegen Carlo Benech und Wolfgang Kaidel, die sich die Zeit nahmen, um uns einen Einblick in die Praxis zu ermöglichen.

Ein grosses Dankeschön geht auch an Gisela Zentsch, Thomas Stalder und Nicolas Dörig, die unsere Bachelorarbeit aufmerksam durchlasen und konstruktive Rückmeldungen gaben.

Zum Schluss gilt ein herzlicher Dank unseren Familien und Freunden für all die Rücksichtnahme, Geduld und aufbauenden Worte.

Eigenständigkeitserklärung

Wir, Julia Kuster und Sara Zentsch, erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Ort, Datum: Zürich, 30.04.2020

Julia Kuster

Sara Zentsch

Anhang A: Glossar

Activities of daily living (ADL) Die Aktivitäten des täglichen Lebens sind laut Christiansen und Hammecker (2001 zit. nach Amini et al. 2014) grundlegend für das Leben in einem sozialen Kontext. Sie sichern Überleben und Wohlbefinden.

Affektive Störungen Psychische Störung mit krankhafter Veränderung von Stimmung (Affektivität) und allgemeinem Aktivitätsniveau (Antrieb), wobei die Stimmung gehoben (Manie), gedrückt (Depression) oder wechselhaft (bipolare affektive Störung) ist. Die Behandlung erfolgt je nach Symptomatik mit Antidepressiva, Stimmungsstabilisatoren, Neuroleptika und Sedativa. Wiederholte Krankheitsphasen sind häufig (Völkel, 2019).

Attribuierung Meint Zuschreibungen von bestimmten Verhaltensweisen, Handlungsergebnissen oder Emotionen zu einer Ursache oder einem Motiv (Margraf, 2018).

Augenscheinvalidität ist die interne Validierung eines Testverfahrens; Testitems lassen ihre Validität aufgrund unmittelbarer Evidenz erkennen: Sie erscheinen valide, weil sie plausibel wirken (Wenniger, o. J.)

Betätigung Mit dem Begriff «Betätigung» ist nach Fisher (2014) das Eingebundensein einer Person in einen Prozess gemeint. Das kann zum Beispiel der Prozess des Hemdanziehens, des Radiohörens, des Mittagessens oder des E-Mail Schreibens sein. Eine Aktivität ist dann eine Betätigung für eine Person, wenn sie individuell relevant und natürlich für das Leben ist: Bedeutung und Zweck der Betätigung sollten so weit als irgend möglich von der/dem Klient*in kommen (Fisher, 2014).

Betätigungswissenschaften Eine aufstrebende, noch junge akademische Disziplin, welche die ergotherapeutische Praxis wie auch die Ausbildung neuer Ergotherapeut*innen unterstützt und mit neuen Erkenntnissen speist. Sie erforscht Betätigung und generiert neues Wissen, das auch der Gesellschaft zugutekommt (Yerxa, 1993).

Bezugswissenschaften Theorien, welche Bezugswissenschaften untermauern, stammen von Quellen, die ausserhalb des ergotherapeutischen Paradigmas liegen. Ausgewählte Elemente dieser Theorien finden ihren Weg in die Ergotherapie. Bezugssysteme werden von Ergotherapeut*innen so angepasst, dass sie zu Bezugsrahmen werden. Dies wiederum führt zur Entwicklung von Ansätzen, die dann in der Praxis zur Anwendung kommen (Hagedorn, 2000).

blockweise Randomisierung Die Gesamtpopulation wird in Blöcke von wenigen Studienteilnehmenden aufgeteilt. Mit festen Vorgaben (z.B. 50% der Teilnehmer in die Interventionsgruppe, 50 % in die Kontrollgruppe) werden die so gebildeten Blöcke randomisiert. Dieses Verfahren wird eingesetzt, wenn bei sehr kleinen Studienpopulationen zu befürchten ist, dass aus einer Verteilung nach dem Zufallsprinzip zahlenmässig ungleiche Gruppen entstehen (Bitzer, 2016).

Coping-Strategie Meint den Prozess der Auseinandersetzung mit bestehenden oder erwarteten belastenden Situationen und Stressoren, sowie deren Bewältigung (Margraf & Bengel, 2018).

Craving Extrem starker Wunsch, ein Suchtmittel zu konsumieren, mit zwanghaftem Ausführungsverlangen. Auf Deutsch wird auch von Suchtdruck gesprochen (Margraf, 2016a).

Dotprobe-Aufgabe Computergestütztes Assessment, welches die Aufmerksamkeitsverzerrung gegenüber angstbesetzten Reizen mittels Reaktionszeitunterschieden erfasst (Cardi et al., 2012). Dabei erscheinen simultan zwei Reize (Bilder/Worte): ein angstbesetztes (in diesem Fall

Nahrungsmittel) und ein neutrales (in diesem Fall Möbel). Einer der Stimuli wird im Anschluss durch einen Punkt ersetzt und es muss mit der Pfeiltaste angegeben werden, ob der Punkt links oder rechts erschienen ist. Es wird davon ausgegangen, dass die Reaktionszeit sich verringert, wenn der Punkt an dem Ort erscheint, an dem sich zuvor der angstbesetzte Reiz befand (Pschyrembel Redaktion, 2018).

Effektstärke Ein statistisches Vergleichsmass für Einflussgrössen, um aufzuzeigen, wie gross der jeweilige Effekt ist. Die Effektstärke d wird manchmal auch als Cohens d bezeichnet. Effektstärken von 0,2 werden nach Cohen als schwacher Effekt bezeichnet. 0,5 gilt als mittlerer und 0,8 als starker Effekt. Zu berücksichtigen ist, dass der gleiche Effekt hat in einem inhomogenen Kollektiv hat der gleiche Effekt eine kleinere Effektstärke als in einem homogenen Kollektiv (Talbot, 2016).

Essanfall Ein Essanfall ist durch die folgenden beiden Merkmale gekennzeichnet:

1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
2. Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder keine Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben) (American Psychiatric Association, 2015). Essanfälle treten bei allen Formen von Essstörungen auf (Fairburn, 2018).

Klinisches Reasoning: «(...) die verschiedenen Gedankengänge und Strategien, die Therapeuten anwenden, wenn sie, involviert in den therapeutischen Prozess, über ihre therapeutische Arbeit nachdenken und als Folge dieses Denkens Entscheidungen treffen und Massnahmen durchführen.» (S. 2, Fleming 2003, zit. nach Feiler, 2003)

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): Geht davon aus, dass Gedanken, Gefühle, Verhalten und Vorstellungen sich gegenseitig beeinflussen (Margraf, 2016b). Zur psychologischen Behandlung von Essstörungen gibt es die kognitive Verhaltenstherapie für Essstörungen (CBT-E). Laut Herpertz et al. (2011) verfügt dieser Ansatz im Vergleich zu anderen über die grösste Evidenz. Die Theorie beschreibt Prozesse, welche die Psychopathologie der Essstörung aufrechterhalten. Nach Fairburn (2018) hat die dysfunktionale Selbstbewertung eine Schlüsselrolle bei der Aufrechterhaltung. Grundlage zur Selbstbewertung ist bei Menschen mit einer Essstörung nicht ihre Leistung in verschiedenen Lebensbereichen, sondern wie gut sie die Kontrolle über ihre Figur und ihr Gewicht haben (Fairburn, 2018).

Kontaminierung bezeichnet in der Methodik den unerwünschten Fall, dass Mitglieder der Kontrollgruppe versehentlich mitbehandelt werden. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen kann sich dadurch verringern (Law et al., 1998).

Körpertherapie Fasst verschiedene Behandlungsmethoden zusammen, die durch intensive Beschäftigung mit dem Körper (u. a. Wahrnehmung von Berührung, Bewegung, Körperhaltung, Atmung), auch in Verbindung mit meditativen Übungen, Selbstheilungstendenzen und Genesungsprozesse des Körpers fördern (Hentsch, 2017).

Motivational Interviewing Laut Miller und Rollnick (1993, zit. nach Lindenmeyer, 2016) eine patientenzentrierte, direktive Behandlungsform mit dem Ziel, Veränderungsambivalenzen zu überwinden (Phase 1) und konkrete Veränderungsziele und -wege zu erarbeiten (Phase 2) (Lindenmeyer, 2016).

Partizipation Meint nach WHO (2001, zit nach Amini et al., 2014) das Einbezogen sein in eine Lebenssituation durch Aktivitäten in einem sozialen Kontext.

Prävalenz beschreibt die Häufigkeit des Vorliegens eines Ereignisses. Dies kann beispielsweise das Vorkommen einer Erkrankung in einer bestimmten Population innerhalb eines bestimmten Zeitraums sein (Mueller, 2016).

Selbstwirksamkeit Die Überzeugung einer Person, in einer bestimmten Situation ein Verhalten erfolgreich ausführen zu können (nach dem kanadischen Psychologen A. Bandura).

Das Verhalten einer Person wird bestimmt von

- Der Einschätzung, dass ein bestimmtes Verhalten zu einem bestimmten Ergebnis führen wird (Ergebniserwartung)
- der Überzeugung einer Person, dieses wirksame Verhalten auch ausführen zu können (Kompetenzerwartung oder **Selbstwirksamkeitserwartung**).

Beides beeinflusst Motivation und Leistungen einer Person. Das ursprüngliche situationsspezifische Konzept der Selbstwirksamkeit wurde um das Konzept der allgemeinen Selbstwirksamkeit erweitert, welches das allgemeine Vertrauen beschreibt, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Es wird von der Summe aller positiven und negativen Erlebnisse beeinflusst und hat einen Effekt auf die Kompetenzerwartung einer Person in völlig neuen Situationen (Hoyer, 2016)

Setting Ein Sozialzusammenhang, der durch formale Organisation, gleiche Erfahrung und/ oder regionale Situation, Lebenslage, Werte bzw. Präferenzen definiert ist (Kramer, 2016).

Stigmatisierung «Stigma» kommt aus dem Griechischen und bedeutet «Wundmal». Stigmatisierung heißt also wörtlich, jemandem “Wundmale zuzufügen” oder ihn “brandmarken”. Im übertragenen Sinne wird von Stigmatisierung gesprochen, wenn ein bestimmtes Merkmal (z.B. depressiv sein) mit einer negativen Eigenschaft oder einem Vorurteil (z.B. ist faul) verknüpft wird (Glassmeyer, 2019).

Visuelle Analogskala (VAS) Bei der VAS handelt es sich um ein Messinstrument zur Messung von Einstellungen oder Empfindungen. Dabei wird meist eine Strecke mit zwei Extremen an den Enden (keine Empfindung bis stärkste vorstellbare Empfindung) vorgegeben. Mit einem senkrechten Strich auf dieser Skala kann so die momentane Empfindungsstärke angegeben werden. Diesen Abständen vom linken Rand können Zahlen von 0 – 10 zugeordnet werden, wodurch die Empfindung quantifizierbar wird (Bucher, 2017).

Systemische Therapie: Aus systemischer Perspektive hat Verhalten weniger eine Ursache als eine Funktion. Diese ergibt sich aus dem Kontext, in den dieses Verhalten eingebettet ist. Ein System ist definiert als die Gesamtmenge aller beteiligten Elemente, die sich wechselseitig beeinflussen. Verändert sich eines der Elemente, so müssen sich zwangsläufig auch alle anderen verändern (Palmowski, 1995). Whitney und Eisler (2005) empfehlen, dass Fachleute die nicht hilfreichen, festgefahrenen Familienprozesse ansprechen sollen, um daraus wieder den Zusammenhalt und die Zusammenarbeit der Mitglieder zu stärken.

Quellenverzeichnis Glossar

- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostische Kriterien DSM-5®* (P. Falkai, H.-U. Wittchen, M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß, & M. Zaudig, Hrsg.; Deutsche Ausgabe). Hogrefe.
- Amini, D. A., Kannenberg, K., Bodison, S., Chang, P., Colaianni, D., Goodrich, B. & Lieberman, D. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain & process 3rd edition. *American journal of occupational therapy*, 68, S1–S48.
- Bitzer, E. M. (2016). *Randomisierung*. Pschyrembel Online.
<https://www.pschyrembel.de/Randomisierung/K0JDR/doc/>
- Bucher, M. (2017). *Visuelle Analogskala (VAS)*. Pschyrembel Online.
<https://www.pschyrembel.de/Visuelle%20Analogskala/K0Q0H>
- Cardi, V., Lounes, N., Kan, C. & Treasure, J. (2012). Meal support using mobile technology in Anorexia Nervosa. Contextual differences between inpatient and outpatient settings. *Appetite*, 60, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.10.004>
- Fairburn, C. G. (2018). *Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen*. <https://content-select.com/de/portal/media/view/51fbb6e1-bd40-48d2-86e7-05392efc1343?forceauth=1>
- Feiler, M. (2003). *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie, Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln*. Springer- Verlag.
- Glassmeyer, A. (2019). *Entstigmatisierung psychischer Krankheiten*. Psylife.
<https://psylife.de/magazin/psychotherapie/entstigmatisierung-psychischer-krankheiten>
- Hagedorn, R. (2000). *Bezugssysteme, Bezugsrahmen bei physischen Funktionsstörungen, Bezugsrahmen bei psychosozialen Funktionsstörungen Ergotherapie—Theorien und Modelle (pp. 57-87)*. Stuttgart: Thieme. Thieme.
- Hentsch, S. (2017). *Körpertherapie*. Pschyrembel Online.
<https://www.pschyrembel.de/K%C3%B6rpertherapie/K0BUN/doc/>
- Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., Wietersheim, J. von, Cuntz, U. & Zeeck, A. (2011). The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders. *Deutsches Ärzteblatt Online*.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0678>
- Hoyer, J. (2016). *Selbstwirksamkeit*. Pschyrembel Online.
<https://www.pschyrembel.de/Selbstwirksamkeit/P024L/doc/>
- Kramer, S. (2016). *Partizipation/ Setting*. Pschyrembel Online.
<https://www.pschyrembel.de/Partizipation/S02WH/doc/>
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien*. Quantitative Review Form Guidelines.

- Lindenmeyer, J. (2016). *Motivational Interviewing*. Pschyrembel Online.
<https://www.pschyrembel.de/Motivational%20Interviewing/P05D8/doc/>
- Margraf, J. (2016a). *Craving*. Pschyrembel Online.
<https://www.pschyrembel.de/Craving/K05B4/doc/>
- Margraf, J. (2016b). *Kognitive Verhaltenstherapie*. Pschyrembel Online.
<https://www.pschyrembel.de/kognitive%20Verhaltenstherapie/K0RSW/doc/>
- Margraf, J. (2018). *Attribution*. Pschyrembel Online.
<https://www.pschyrembel.de/Attribution/K036H/doc/>
- Margraf, J. & Bengel, J. (2018). *Coping-Strategie*. Pschyrembel Online.
<https://www.pschyrembel.de/Coping-Strategie%0A/K057N/doc/>
- Mueller, U. O. (2016). *Prävalenz*. Pschyrembel Online.
<https://www.pschyrembel.de/Pr%C3%A4valenz/K0HLC/doc/>
- Palmowski, W. (1995). *Psychomotorik und systemisches Denken*. 5.
- Pschyrembel Redaktion. (2018). *Dot-probe*. Pschyrembel Online. <https://www.pschyrembel.de/Dot-probe/P02DN/doc/>
- Talbot, S. (2016). *Effektstärke*. Pschyrembel Online.
<https://www.pschyrembel.de/Effektst%C3%A4rke/P03E6/doc/>
- Völkel, B. (2019). *Affektive Störung*. Pschyrembel Online.
<https://www.pschyrembel.de/affektive%20St%C3%B6rung/K0LML/doc/>
- Wenniger, G. (o. J.). *Augenscheinvalidität*. Spektrum.de. Abgerufen 6. März 2020, von
<https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/augenscheinvaliditaet/1698>
- Whitney, J. & Eisler, D. I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and inter-personal maintenance factors. *Journal of Mental Health*, 14(6), 575–585. <https://doi.org/10.1080/09638230500347889>
- Yerxa, E. J. (1993). Occupational science: A new source of power for participants in occupational therapy. *Journal of Occupational Science*, 1(1), 3–9.
<https://doi.org/10.1080/14427591.1993.9686373>

Anhang B: Suchmatrizen

Für die verschiedenen Datenbankrecherchen wurden nach Möglichkeit datenbankspezifische Schlagwörter mit den eigenen Schlüsselwörtern kombiniert und anschliessend immer wieder mit diesen festen Suchstrings für die einzelnen Begriffe gesucht. Der Übersichtlichkeit halber wurden die Suchen dort, wo mit den exakt wie aufgelisteten Begriffskombinationen gesucht wurde, jeweils die Abkürzung in die Tabelle eingefügt (blau). Wurden diese Kombinationen abgeändert, sind sie vollständig in der Suchmatrix unter «Suchkombination» ausgeschrieben. Da jede Datenbank andere Möglichkeiten hinsichtlich Thesaurus und Verwendung Boolescher Operatoren bietet, unterscheiden sich die Suchstrings von Datenbank zu Datenbank.

Unter «Titel der Studie» werden die Titel derjenigen Studien aufgelistet, welche von den Verfasserinnen aufgrund ihres Abstracts als Hauptstudien in Betracht gezogen wurden. Wurden Studien als Hauptstudien für diese Arbeit ausgewählt, sind die Titel grün.

B.1 CINAHL

Ergotherapie (Occupational Therapy, OT): (MH "Adaptation, Occupational") OR (MH "Occupational Therapy Practice, Research-Based") OR (MH "Occupational Therapy Practice, Evidence-Based") OR (MH "Occupational Therapy") OR (MH "Research, Occupational Therapy") OR (MH "Occupational Therapy Practice") OR (MH "Home Occupational Therapy") OR (MH "Occupational Therapy Service") OR (MH "Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence") OR "occupational therap*" OR OT OR occupation OR "occupation based" OR "occupation oriented" OR "occupation centred" OR "occupation focused" OR occupation-focused OR occupation-centred OR occupation-based OR occupation-oriented OR "meaningful activit*" OR "occupational therapy method*" OR "home occupational therap*" OR "occupational therapy practice" OR "cooking intervention"

Esstörung (Eating Disorder, ED): (MH "Eating Disorders+") OR (MH "Binge Eating Disorder") OR (MH "Bulimia Nervosa") OR (MH "Anorexia Nervosa") OR (MH "Bulimia") OR (MH "Food Addiction") OR "eating disorder*" OR anorexia OR "anorexia nervosa" OR bulimia OR "bulimia nervosa" OR "binge eating disorder" OR BED OR "binge eating" OR binge-eating-disorder OR any-BED OR EDNOS OR "eating disorder not otherwise specified"

Intervention: (MH "Intervention Trials") OR (MH "Experimental Studies+") OR (MH "Behavior Therapy") OR (MH "Cognitive Therapy") OR (MH "Dialectical Behavior Therapy") OR intervention* OR treatment* OR "therapy approach" OR support OR method* OR "cooking intervention*" OR training OR "experimental stud*" OR "intervention stud*" OR "therapy method*" OR "intervention trial*" OR "intervention scheme"

Gesundes Essverhalten (Outcome): (MH "Food Habits") OR (MH "Food Preferences") OR (MH "Eating Behavior") OR (MH "Behavioral Changes") OR (MH "Cooking") OR (MH "Meal Preparation") OR (MH "Menu Planning") OR (MH "Shopping") OR (MH "Social Participation") OR (MH "Self-Care: Eating (Iowa NOC)") OR "eating behaviour" OR "eating behavior" OR food OR "eating habit*" OR "health* eating behaviour" OR "health* eating behavior" OR "meal planning" OR "meal preparation" OR meal OR shopping OR cooking OR "eating pattern*" OR "eating attitude*" OR "food habit*" OR "behavioural change*" OR "behavioral change*" OR "activit* of daily living" OR ADL

Keywords, Suchkombination	Anzahl Treffer	Bemerkung	Relevante Titel	Relevante Abstracts	Titel der Studie
ED	46,835	Zu viele Treffer	?	?	
ED AND OT	420	Zu viele Treffer	?	?	

ED AND OT AND outcome	77	Viele Treffer mit Kindern/Autismus	8	4	<p>Development and evaluation of an evidence-based self-catering programme in eating disorders...College of Occupational Therapists Conference, June 28-30, 2016</p> <p>Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders.</p> <p>The St George's Eating Disorders Service Meal Preparation Group for Inpatients and Day Patients Pursuing Full Recovery: A Pilot Study.</p> <p>Finding the Fun in Daily Occupation. An Investigation of Humor.</p>
ED AND OT AND outcome AND intervention	58		8	4	Dieselben wie mit ED, OT & Outcome
ED AND OT AND outcome AND	26	Viel Trauma	5	2	Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders.

intervention AND recovery					The St George's Eating Disorders Service Meal Preparation Group for Inpatients and Day Patients Pursuing Full Recovery: A Pilot Study.
ED AND OT AND intervention AND recovery NOT (child* OR autism OR trauma)	84	Viele Gehirnverletzungen und Hüftfrakturen	17	5	<p>Eating disorders: occupational therapy's role.</p> <p>Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders.</p> <p>Occupation focused assessment and intervention for clients with anorexia.</p> <p>Relational interaction in occupational therapy: Conversation analysis of positive feedback.</p>

					The St George's Eating Disorders Service Meal Preparation Group for Inpatients and Day Patients Pursuing Full Recovery: A Pilot Study.
ED AND outcome	6,085	Zu viele Treffer	?	?	
ED AND outcome AND intervention	3,767	Zu viele Treffer	?	?	
ED AND outcome AND "eating disorder recovery" (subject heading)	11	Deskriptive Studien zu gewissen Untergruppen von Essstörungen	1	0	

<p>ED AND outcome</p> <p>AND “eating disorder recovery”</p>	183		20	9	<p>A pilot study of multifamily therapy group for young adults with anorexia nervosa: Reconnecting for recovery.</p> <p>An Exploratory Evaluation of the Family Meal Intervention for Adolescent Anorexia Nervosa.</p> <p>Cognitive-behavioral therapy for eating disorders in primary care settings: Does it work, and does a greater dose make it more effective?</p> <p>Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders.</p> <p>Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders.</p> <p>Long-term Outcome of Residential Treatment for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.</p> <p>Psychoeducation in Binge Eating Disorder and EDNOS: a pilot study on the efficacy of a 10-week and a 1-year continuation treatment.</p> <p>Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with anorexia Nervosa: The Nurses’ Perspective on Effective Interventions.</p> <p>The St Georges’s Eating Disorders Service Meal Preparation Group for Inpatients and Day Patients Pursing Full Recovery: A Pilot Study.</p>
---	-----	--	----	---	---

ED AND OT NOT (child* or feed* or stroke or autism or trauma)	139	Nichts Neues	0	0	
ED AND outcome AND (rct or randomized control trial” or “randomized controlled trial” or “experimental stud**)	73		10	6	<p>Approach bias modification training in bulimia nervosa and binge- eating disorder: A pilot randomized controlled trial.</p> <p>Cognitive remediation therapy plus behavioral weightloss compared to behavioural weight loss alone for obesity: study protocol for a randomised controlled trial.</p> <p>Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders.</p> <p>Meal support using mobile technology in Anorexia Nervosa. Contextual differences between inpatient and outpatient settings.</p> <p>The use of a positive mood induction video-clip to target eating behaviour in people with bulimia nervosa or binge eating disorder: An experimental study.</p> <p>Yoga in the treatment of eating disorders within a residential program: A randomized controlled trial.</p>

<p>ED AND ("health* eating pattern" or "health* eating behaviour" or "health* eating behavior" or cook* or "meal prep*") NOT (child* or stroke or trauma or autism)</p>	67		5	3	<p>Exploring the perceived usefulness of practical foodgroups in day treatment for individuals with eating disorders.</p> <p>Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care.</p> <p>The St Georges's Eating Disorders Service Meal Preparation Group for Inpatients and Day Patients Pursing Full Recovery: A Pilot Study.</p>
---	----	--	---	---	--

B.2 PsycINFO

ED: ("eating disorder\$" or "anorexia nervosa" or "binge eating disorder" or "bulimia" or "binge eating" or "food addiction" or "EDNOS" or "anyBED").ab.
or eating disorders/ or anorexia nervosa/ or binge eating disorder/ or bulimia/ or "purging (eating disorders)"/ or binge eating/ or food addiction/

OT: "occupational therap\$".ab. or *occupational therapists/ or *occupational therapy/

Intervention: *treatment/ or *cognitive behavior therapy/ or *creative arts therapy/ or *intervention/ or *mental health programs/ or *mindfulness-based interventions/ or *outpatient treatment/ or *psychoeducation/ or *psychotherapy/ or *relaxation therapy/ or *treatment guidelines/ or *treatment outcomes/

Outcome: *eating behavior/ OR *food preparation/ (OR daily activities/ or *"activities of daily living"/ or *self-care skills/) OR *"recovery (disorders)"/ or *relapse prevention/

Keywords, Suchkombination	Anzahl Treffer	Bemerkung	Relevante Titel	Relevante Abstracts	Titel der Studie
ED	37,210	Zu viele Treffer	?	?	
OT (ab)	10,876	Zu viele Treffer	?	?	

Eating behavior or food preparation	10,236	Zu viele Treffer	?	?	
Eating behavior or food preparation or daily activities	21,245	Zu viele Treffer, breiter	?	?	
ED AND OT	21		9	2	<p>Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders.</p> <p>The St George's eating disorders service meal preparation group for inpatients and day patients pursuing full recovery: A pilot study.</p>
ED AND OT AND Outcome	6		2	2	<p>Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders.</p> <p>The St George's eating disorders service meal preparation group for inpatients and day patients pursuing full recovery: A pilot study.</p>

OT AND meal	20	Viele Kinder/Autismus → Eingrenzen	4	2	Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders. The St George's eating disorders service meal preparation group for inpatients and day patients pursuing full recovery: A pilot study.
ED AND cooking intervention	0		0	0	
ED AND (recovery or relapse prevention)	316	Zu viele Treffer	?	?	
ED AND OT AND (recovery or relapse prevention)	3		2	0	

ED AND (recovery or relapse prevention) AND intervention	75	Unspezifisch – geht sehr um die Frage: WAS ist eigentlich recovery? → Intervention eindämmen ODER →recovery genauer definieren/ wegnehmen	21	0	
ED AND (recovery or relapse prevention) AND (food preparation or eating behavior)	17	Viele Fallstudien / Buchreviews sowie deskriptive Studien	6	1	Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: A randomized controlled pilot study.

ED AND (recovery or relapse prevention) AND daily activity	0		0	0	
ED AND daily activity AND intervention	1		1	1	Does personalized feedback improve the outcome of cognitive-behavioural guided self-care in bulimia nervosa? A preliminary randomized controlled trial.
ED AND Outcome	184	Sehr viele CBT-Studien	22	7	<p>Compassionate Attention and Regulation of Eating Behaviour: a pilot study of a brief low-intensity intervention for binge eating.</p> <p>Cognitive behavior therapy for eating disorders versus normalization of eating behavior.</p> <p>Enjoying food without caloric cost: The impact of brief mindfulness on laboratory eating outcomes.</p> <p>Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa. A video analysis of nursing interventions.</p>

					<p>A family-based eating disorder day treatment program for youth: Examining the clinical and statistical significance of short-term treatment outcomes.</p> <p>The use of a vodcast to support eating and reduce anxiety in people with eating disorder: A case series.</p> <p>Evidence-based practices in outpatient treatment for eating disorders.</p>
ED AND daily activity	14		3	1	<p>Does personalized feedback improve the outcome of cognitive-behavioural guided self-care in bulimia nervosa? A preliminary randomized controlled trial.</p>
ED AND (behavioral intervention or exposure therapy)	399	Zu viele Treffer	0	0	

ED AND (behavioral intervention or exposure therapy) AND outcome	12		4	0	
ED AND (behavioral intervention or exposure therapy) AND OT	0		0	0	

B.3 AMED

OT: occupational therap*".af.

ED: exp eating disorders/ or exp anorexia nervosa/ or exp bulimia/ OR ("eating disorder*" or "anorexia nervosa" or bulimia or "bulimia nervosa" or "binge eating disorder" or "binge eating" or EDNOS or anyBED or "binge-eating").af.

Outcome: ("eating pattern*" or "eating behavior" or "eating behaviour" or "cook*" or "meal preparation" or "meal" or "food intake" or "shopping" or adl or "activit* of daily living").af

Recovery: (recovery or improvement or rehabilitation).af.

Intervention: (treatment or intervention or "therapy method*" or "behavioral intervention" or "rct" or "experimental study").af.

Keywords, Suchkombination	Anzahl Treffer	Bemerkung	Relevante Titel	Relevante Abstracts	Titel der Studie
ED	524		?	?	
OT	12641		?	?	

ED AND OT	14	Viel stroke und autism	6	1	Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders.
ED AND OT AND Outcome	6		2	0	
OT AND Outcome	339	Zu viele Treffer	?	?	
ED AND Outcome	29		3	0	
ED AND OT AND intervention	8		3	1	Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders.

ED AND Outcome AND Intervention	10	Viele andere Erkrankungen, Kinder	1	1	Can Exercise Treat Eating Disorders?
ED AND Intervention	113		29	5	<p>Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders.</p> <p>Therapeutic alliance in a randomized clinical trial for bulimia nervosa.</p> <p>Yoga as a treatment for binge eating disorder: a preliminary study.</p> <p>Can Exercise treat Eating Disorders?</p> <p>A preliminary Study of the Effects of a Modified Mindfulness Intervention on Binge Eating.</p>
ED AND recovery	75		11	2	Therapeutic alliance in a randomized clinical trial for bulimia nervosa.

					Predictors and moderators of treatment outcome in randomized clinical trial for adults with symptoms of bulimia nervosa.
ED AND OT AND outcome AND recovery	5		2	0	
ED AND outcome AND intervention AND recovery	4		0	0	
ED AND recovery AND outcome	10		2	0	
ED AND OT AND recovery	8		2	0	

ED AND recovery AND intervention	36		5	1	Therapeutic alliance in a randomized clinical trial for bulimia nervosa.
	1383 gelesene Treffer		208 relevante Titel	62 relevante Abstracts	

B.4 PubMed (inklusive MEDLINE)

OT: (("Occupational Therapy"[Mesh]) OR ("occupational therapy" or "occupational therapist" or OT or occupation or "occupation-based" or "occupation based" or "occupation-oriented" or "occupation oriented" or "occupation- centered" or "occupation centered" or "occupation-centred" or "occupation centred" or "occupation-focused" or "occupation focused"))

ED: (((("Anorexia Nervosa"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa"[Mesh]) OR "Binge-Eating Disorder"[Mesh]) OR "Food Addiction"[Mesh])) OR ("eating disorder" OR "eating disorders" OR "anorexia nervosa" OR AN OR anorexia OR "bulimia nervosa" OR BN OR bulimia OR "binge-eating-disorder" or " ann med OR BED OR ednos))

Outcome: (((((((("Eating"[Mesh]) OR "Fasting"[Mesh]) OR "Food Fussiness"[Mesh])) OR (((("eating behaviour" or "eating behavior" or food or "eating habit" or "eating habits" or "healthy eating behaviour" or "healthy eating behavior" or "healthier eating behaviour" or "healthier eating behavior" or nutrition or "meal planning" or "meal preparation" or shopping or cooking)))) NOT ("Bottle Feeding"[Mesh] OR "Breast Feeding"[Mesh]) OR "Coprophagia"[Mesh]) OR "Carnivory"[Mesh]) OR "Herbivory"[Mesh])) OR (child OR children OR autism OR feeding OR feeding behavior OR feeding behaviour)

Recovery: (((("Psychiatric Rehabilitation"[Mesh])) OR "Mental Health Recovery"[Mesh]) OR "Activities of Daily Living"[Mesh])) AND (((recovery or rehabilitation or " learning process "or relearn or improvement or progress)))

Psychological Intervention (((psychotherapy OR psychology OR therapeutic OR therapeutics))) AND (((("Psychotherapy"[Mesh]) AND) OR "Community Mental Health Services"[Mesh]) AND "Social Work, Psychiatric"[Mesh])

Nurses: "Nurses"[Mesh] OR "Practice Patterns, Nurses"[Mesh]

Keywords, Suchkombination	Anzahl Treffer	Bemerkung	Relevante Titel	Relevante Abstracts	Titel der Studie
------------------------------	-------------------	-----------	-----------------	------------------------	------------------

ED	179,336	Zu viele Treffer	?	?	
ED AND OT	1024	Zu viele Treffer	?	?	
ED AND OT AND outcome	38	medizinisch, e.g. treatment with oxytocin (OT)	7	1	Managing eating disorders in the natural environment: intensive vs. limited programs.
ED AND OT AND healthy eating behavior AND Rehabilitation NOT (stroke OR schizophrenia OR autism OR TBI OR feeding)	162		4	1	Psychosocial Benefits of Cooking Interventions: A Systematic Review.
ED AND Psychological Intervention AND outcome	21,860	Zu viele Treffer	?	?	

((eating disorder*) AND psychotherapy) AND eating behavio*r	54	Viele Treffer mit child, feeding, eating	6	3	<p>Feedback in group psychotherapy for eating disorders: A randomized clinical trial.</p> <p><i>Schneeballprinzip</i> → Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review.</p> <p>Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program.</p>
ED AND Nurses AND outcome	21,873	Zu viele Treffer	?	?	
("eating disorder*" AND nurses AND intervention*)	21	"the well-being of carers"	5	1	Mindfulness in Anorexia Nervosa: An Integrated Review of the Literature.
"Anorexia Nervosa"[Mesh] AND "Occupational Therapy"[Mesh] Filter 2005-2020	1		1	0	

"occupational therapy" AND "anorexia nervosa" Filter 2005-2020	7		3	1	The occupational roles of women with anorexia nervosa.
---	---	--	---	---	---

B.5 OTDBase

Keywords, Suchkombination	Anzahl Treffer	Bemerkung	Relevante Titel	Relevante Abstracts	Titel der Studie
"eating disorder*"	11		6	2	Finding the Fun in Daily Occupation: An Investigation of Humor. Recovery from eating disorders: A role for occupational therapy.
eating disorders	100	Viele Treffer mit stroke, sensory processing disorders	4	3	Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders. Finding the Fun in Daily Occupation: An Investigation of Humor.

					Recovery from eating disorders: A role for occupational therapy.
«eating disorders» AND intervention	5	Alte Titel, Pädiatrie	0	0	
“eating disorders” AND “healthy eating behavior”			0	0	
“eating disorders” AND “eating behavior”	31	nothing new....	6	2	<p>Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders</p> <p>Finding the Fun in Daily Occupation: An Investigation of Humor.</p>

B.6 OTseeker

Keywords, Suchkombination	Anzahl Treffer	Bemerkung	Relevante Titel	Relevante Abstracts	Titel der Studie
"eating disorder*" NOT child* OR feeding	137	Viel DBT, psychologische Interventionen	49	13	<p>Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder.</p> <p>Adapted motivational interviewing for women with binge eating disorder: A randomized controlled trial.</p> <p>Internet-based interventions for eating disorders in adults: a systematic review.</p> <p>Targeting binge eating through components of dialectical behavior therapy: Preliminary outcomes for individually supported diary card self-monitoring versus group-based DBT.</p>

					<p>Mindfulness-based eating awareness training (mb-eat) for binge eating: A randomized clinical trial.</p> <p>Effectiveness of dialectical behavior therapy for treating eating disorders.</p> <p>Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: a randomized trial of Internet-assisted cognitive behavioural therapy.</p> <p>Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study.</p> <p>Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatient.</p> <p>A randomized clinical trial of an identity intervention programme for women with eating disorders.</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: A randomized controlled pilot study.</p> <p>Schneeballsystem → Exploring the preliminary effectiveness and acceptability of food-based exposure therapy for eating disorders: A case series of adult inpatients.</p> <p>A randomized controlled trial of motivational interviewing + self-help versus psychoeducation + self-help for binge eating.</p>
somatic AND occupational therapy	1		1	0	
(eating behavior OR meal) AND "eating disorder"	1		1	1	Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: A randomized controlled pilot study.
"home occupational therapy" AND "eating disorder"	0		0	0	

"family therapy" AND "eating disorder*"AND occupation	0		0	0	
"family therapy" AND "eating disorder*"AND activity	0		0	0	
("eating behavio*r" OR food OR "eating habit" OR "meal planning" OR "meal preparation" OR "healthy eating attitudes") NOT child*	42		2	0	
("eating behavio*r" OR food OR "eating habit" OR "meal planning" OR "meal preparation" OR "healthy eating attitudes") AND "eating disorder"	3		0	0	

B.7 LIVIVO (inklusive bibnet.org)

Keywords, Suchkombination	Anzahl Treffer	Bemerkung	Relevante Titel	Relevante Abstracts	Titel der Studie
"occupational therap*" AND "eating disorder*"	127	Viele Treffer mit autism, pediatrics, feeding disorder	12	10	<p>A bidirectional relationship between eating disorder symptoms and quality of life supports a recovery focused approach to treatment.</p> <p>Schneeballsystem → Eating Disorder Recovery: A Metaethnography.</p> <p>Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders.</p> <p>The occupational roles of women with anorexia nervosa.</p>

					<p>Eat for Life: A Work Site Feasibility Study of a Novel Mindfulness-Based Intuitive Eating Intervention.</p> <p>The occupational roles of women with anorexia nervosa.</p> <p>The St George's eating disorders service meal preparation group for inpatients and day patients pursuing full recovery: a pilot study.</p> <p>→ Schneeballsystem: Effects of distraction and focused attention on actual and perceived food intake in females with non-clinical eating psychopathology.</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>Combining day treatment and outpatient treatment for eating disorders: findings from a naturalistic setting.</p> <p>Efficacy of Family-Based Treatment for Adolescents with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis.</p> <p>Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment With Adolescent-Focused Individual Therapy for Adolescents With Anorexia Nervosa.</p> <p>Do practical food groups work in an eating disorders day program? Long term outcomes of repeated exposure.</p>
("occupational therap*" OR OT) AND (intervention OR therap*) AND ("eating disorder*" OR "anorexia nervosa")	2435	Zu viele Treffer	?	?	

OR anorexia OR AN OR "bulimia nervosa" OR bulimia OR BN OR binge-eating- disorder OR BED OR any-BED OR EDNOS)					
(Ergotherapie OR ergotherapeutisch) AND (Intervention OR Therapie*) AND Essstörung AND (Rehabilitation OR Verbesserung) AND Essverhalten	30	Hauptsächlich Bücher zu Therapie, Behandlungsleitlinien, Essstörung	0	0	
Ergotherapie AND Essstörung Filter 2005-2020	144		3	0	
(eating-behavior OR eating-behaviour) AND (eating disorder*)AND (intervention OR rehabilitation OR recovery) AND (occupational	132		6	3	Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders.

therapy) NOT (child AND feeding AND dementia)					<p>The St George's eating disorders service meal preparation group for inpatients and day patients pursuing full recovery: a pilot study.</p> <p>Managing eating disorders in the natural environment: intensive vs. limited programs.</p>
---	--	--	--	--	--

B.8 Google Scholar

Keywords, Suchkombination	Anzahl Treffer	Relevante Titel	Relevante Abstracts	Titel der Studie
occupational therapy AND CBT AND eating disorder 2005-2020	14800	?	?	
<p>Google Scholar Alert: eingerichtet ab 06.02.2020</p> <p>Occupational therapy practice AND eating disorders</p>	-	-	1	Position of Multi-Family Approach in the therapy of adolescents with anorexia

				nervosa: description of the method and results of clinical studies.
	Total 1047 gelesene Treffer	116 relevante Titel	42 relevante Abstracts	

Anhang C: Beurteilung der Hauptstudien

C.1 Hauptstudie 1

Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007 McMaster University

CITATION: Exploring the perceived usefulness of practical food groups in day treatment for individuals with eating disorders.

(Biddiscombe R. J., Scanlan J. N., Ross J., Horsfield S., Aradas J. & Hart S., 2018)

	Comments
STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Laut aktueller Literatur sind ErgotherapeutInnen und Ergotherapeuten in der Position, einen hilfreichen Beitrag in der Behandlung von Personen mit einer Essstörung leisten zu können. Personen mit einer Essstörung meiden häufig soziale und berufliche Situationen, welche mit Essen zu tun haben und verfügen aufgrund mangelnder Erfahrung über geringe Fähigkeiten in diesem Bereich. Betätigungsbasierte, essensbezogene Interventionen werden als potenzielle Behandlungsform gesehen, um diese Themen anzugehen. Solche Interventionen werden den Forschenden zufolge zwar empfohlen, es existieren aber wenige spezifische Beschreibungen. Aufgrund von sich abzeichnender Evidenz von praktischen essensbezogenen Interventionen wurde diese standardmässig in einer neuen Essstörungen-Tagesklinik übernommen. Ein spezieller Fokus liegt auf Angst-Reduktion von Situationen, die mit Essen zu tun haben und der Verbesserung des Essverhaltens. Diese Studie hat den Zweck, herauszufinden, inwieweit praktische Essgruppen von Teilnehmenden in Bezug auf ihre (funktionelle) Genesung als unterstützend / nützlich erlebt werden.</p> <p>Die Forschungsfragen lauteten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wie erleben die Teilnehmenden die praktischen Essgruppen? 2. Inwiefern nehmen die Teilnehmenden die praktischen Essgruppen als wirksam und hilfreich wahr? 3. Welche Skills (Fertigkeiten) haben die Teilnehmenden in den praktischen Essgruppen zur Verbesserung der Partizipation am Essen erworben?
LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <hr/>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>Der theoretische Hintergrund ist ausführlich und überzeugend dargelegt. Es wird zitiert, dass die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) in der Behandlung von Menschen mit BN und BED als Best-Practice gilt. Die Behandlungserfolge für Menschen mit AN sind jedoch inkonsistent. Es wird angemerkt, dass die gegenwärtigen Interventionen den Fokus sehr auf körperliche Aspekte (Gewichtszunahme, medizinische Symptombekämpfung) legen und psychosoziale sowie funktionelle Prozesse eher vernachlässigt werden. Darum werden neue Interventionen gefordert, welche Individuen dabei unterstützen, ihre Essgewohnheiten zu verändern (durch Veränderung von kognitiven Strukturen sowie dem Aufbau von praktischen Fertigkeiten). Mehrere aufgeführte Referenzen empfehlen den vermehrten Einsatz von praktischen, essensbezogenen Interventionen. Zwei Ansätze, welche zum Teil untersucht wurden, sind aufgeführt. Der eine ist die Exposition mit Reaktionsverhinderung. Die Teilnehmenden werden dabei von ihnen gefürchteten Nahrungsmitteln schrittweise ausgesetzt (Graded Exposure) und darin unterstützt, nicht gewichtskontrollierende Verhaltensweisen, sondern funktionale</p>

	<p>Bewältigungsstrategien anzuwenden.</p> <p>Der zweite Ansatz, zu welchem es Hintergrundliteratur gibt, ist der der Koch- und Essgruppe (meal preparation groups). Dieser basiert auf der Hypothese, dass maladaptive Essensgewohnheiten, fehlende Kochfertigkeiten, reduziertes Selbstvertrauen und fehlende Motivation die Genesung behindern.</p> <p>In Koch- und Essgruppen werden in realen Esssituationen entsprechende Fähigkeiten geübt und Copingstrategien erarbeitet.</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?¹</p> <p>Diese Studie untersucht nicht direkt das für die Fragestellung dieser Arbeit definierte Outcome – gesundes Essverhalten ist zwar Ziel der Intervention, jedoch kein zentral untersuchtes Outcome. Es handelt sich jedoch um eine der wenigen auffindbaren ergotherapeutischen Studien, welche für unsere Thematik relevant war. Ausserdem bezieht sich ein Teil der an die Teilnehmenden gestellten Fragen darauf, inwieweit sie die Teilnahme an einer solchen Gruppe als hilfreich für die Entwicklung ihres gesunden Essverhalten ansahen. Deshalb wurde die Studie eingeschlossen und die individuelle Meinung der Teilnehmenden als Quelle zur Beantwortung der Fragestellung akzeptiert.</p>
<p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design?</p> <p>phenomenology</p> <p><input type="checkbox"/> ethnography</p> <p><input type="checkbox"/> grounded theory</p> <p><input type="checkbox"/> participatory action research</p> <p><input type="checkbox"/> other</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Es wird kein Design explizit angegeben. Allerdings lassen die Fragen, die Methoden und beschriebene Haltung der Autoren am ehesten auf ein Mixed-Methods-Design schliessen. Neben den offenen Interviewfragen gibt es auch einige Fragen im Rating-Format und es kommen die entsprechenden Auswertungsmethoden zum Einsatz.</p> <p>Diese Studie wurde im Rahmen eines grösseren Forschungsprojekts durchgeführt. Es sollte die Erfahrungen mit einem kürzlich eröffneten Angebot in einer Essstörungen-Tagesklinik evaluieren. Da die Forschenden nach der Perspektive der Teilnehmenden fragen und deren Erleben verstehen wollen, ist das Mixed-Methods-Design passend gewählt, da dieses ein breit abgestütztes Verständnis des Phänomens erlaubt.</p>

¹ When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p> <p>Die Autorenschaft gibt an, dass die Gruppen auf der Hypothese basierten, dass sich repetierende und sich stufenweise steigemde Exposition sinnvoll auf die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien (Skills) auswirkt. Dadurch sollen positive Verhaltensänderungen möglich werden. Das Konstrukt «Recovery» wie es für diese Studie verstanden wird, ist erläutert. Es berücksichtigt physische, behaviorale und psychologische Faktoren. Dies steht im klaren Gegensatz zum ausschliesslichen Fokus auf Gewichtszunahme. Die Intervention sollte die Motivation und Fähigkeit der Teilnehmenden verbessern, an bedeutungsvollen Betätigungen teilzunehmen. Anzumerken ist, dass die Autorenschaft nicht beschreibt, inwiefern ihr Denken und ihre theoretischen Sichtweisen die Studie beeinflussen könnten. Ihre Sichtweise lässt sich lediglich errahnen.</p>
<p>Method(s) used:</p> <p><input type="checkbox"/> participant observation</p> <p><input type="checkbox"/> Interviews</p> <p><input type="checkbox"/> document review</p> <p><input type="checkbox"/> focus groups</p> <p><input type="checkbox"/> other</p>	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Die Teilnehmenden beantworteten Fragebögen zur interessierenden Intervention am Ende und noch dreimal nach Abschluss nach 6,12 und 24 Monaten. Die Fragebögen enthielten sowohl eine Beurteilungsskala als auch offene Fragen. Grundsätzlich ist diese Methodik dem Zweck der Studie angemessen. Der Einsatz von Fragebögen ist eine praktikable und günstige Methode, um sowohl qualitative als auch quantitative Daten zu erheben. Qualitativ stellt sich die Frage, ob mit Interviews, bei denen die Möglichkeit zur Nachfrage bestanden hätte, nicht weitere und tiefergehende Antworten hätten gewonnen werden können. Andererseits gewährleistet die Anonymität der Fragebögen vermutlich besonders ehrliche Antworten.</p>
<p>SAMPLING:</p> <p>N = 99</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>In diesem Projekt ging es darum, die erlebte Nützlichkeit/Wichtigkeit von praktischen Essgruppen für Personen mit einer Essstörung in einem Tagesprogramm eines Spitals zu erheben. Es wird genau beschrieben, unter welchen Umständen Personen zu diesem Programm überwiesen und zugelassen werden.</p> <p>Voraussetzungen für eine Aufnahme ins Tagesprogramm sind ein Alter von 18-65 Jahren, ein BMI von über 16 kg/m² und eine diagnostizierte Essstörung (hier noch nach DSM-IV, da die Studie vor Herausgabe des DSM-V begonnen wurde). Jede am Programm teilnehmende Person konnte an der Studie mitmachen. Es wird leider nicht beschrieben, ob jede Person automatisch aufgefordert wurde, die Fragebögen auszufüllen oder ob man sich freiwillig melden konnte. Von 115 teilnehmenden Personen ab Studienbeginn haben sich 99 (86%) zu einer Studienteilnahme bereit erklärt. Über Gründe zur Nicht-Teilnahme gibt es keine Informationen.</p> <p>Die Auswahlmethode ist dem Zweck der Studie insofern angemessen, als dass gezielt Personen mit einer Essstörung und Erfahrung mit praktischen Essgruppen für die Befragungen ausgewählt wurden.</p> <p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>Es werden demographische Angaben der Teilnehmenden zur Verfügung gestellt. Angefertigte Deskriptive Statistiken zeigen, dass die Teilnehmenden im Schnitt 26-jährig waren (17-41) und sie zum Zeitpunkt der Studienteilnahme durchschnittlich 5 Wochen am Programm teilnahmen (1 Tag – 27 Wochen). 98 Personen waren weiblich, 1 männlich. Bei 45% der Teilnehmenden war eine EDNOS, bei 3% eine BED, bei 30% eine BN und bei 11% eine AN diagnostiziert, von 10% fehlte eine Diagnose. Diese 10% wurden aus der Datenanalyse ausgeschlossen. Da die verbleibende Teilnehmerzahl je Kategorie relativ klein war, wurde die Gruppe als Ganzes analysiert.</p>
	<p>Der kulturelle Hintergrund sowie die Werte und Überzeugungen der Teilnehmenden wurde nicht beschrieben, wie das für die Erhebung von qualitativen Daten verlangt</p>

	der Tabelle ist jedoch von n=74 die Rede), es aber in den Follow-up Messungen immer weniger wurden. Das Beteiligungsniveau der Teilnehmenden ist also unterschiedlich ausgefallen, was möglicherweise auch die Daten verzerrt, da potentiell vermutlich eher <u>motivierte Personen oder solche mit sehr positivem Outcome</u> weiterhin antworteten.
--	---

2 Throughout the form, "no" means the authors explicitly state reasons for not doing it; "not addressed" should be ticked if there is no mention of the issue.

<p>Procedural Rigour Procedural rigour was used in data collection strategies?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Es wird beschrieben, dass die Erhebung bzgl. der praktischen Essgruppen via Fragebogen zu vier Messzeitpunkten stattfand: nach Entlassung aus dem Programm und 6, 12 und 24 Monate später. Wie unter "Data Collection" bereits angedeutet, wird jedoch nicht klar, wie genau dieser Prozess aussah. Ob die Forschenden im Vorfeld zur Datenerhebung gemeinsam geschult wurden und wie viel Zeit sie zur Datenerhebung aufgewendet haben, ist ebenso wenig ableitbar. Die prozedurale Strenge ist nicht vollständig gegeben.</p>
<p>DATA ANALYSES: Qualitative Daten</p> <p>Analytical Rigour Data analyses were inductive? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Um die Antworten auf die offenen Fragen zu analysieren, wurde die induktive thematische Analyse nach Braun und Clark (2006) angewandt. Der Prozess ist soweit korrekt und nachvollziehbar beschrieben und die Analyseverfahren für die Beantwortung der Fragestellung der Studie korrekt gewählt. Gesprochen wird von <i>erstem Autor</i> und <i>zweiten Autoren</i>. Wer welche Rolle hatte (insbesondere in Bezug auf die Profession), ist nicht ersichtlich.</p> <p>Die offenen Fragen am Ende des Programms beinhalteten, ob die Intervention half, die Angst vor zuvor gefürchteten Nahrungsmitteln abzubauen. Die Follow-up Fragen fokussierten auf die im Programm gelernten Skills und ob diese nachhaltig in den Alltag integriert werden konnten. Aufgrund der Unterschiede in den Fragen mussten diese separat analysiert werden. Diese Entscheidung war aus Sicht der Verfasserinnen sinnvoll.</p> <p>Die Resultate wurden <i>in italics</i> dargestellt. Die Beschreibung besteht aus Themen, Unterthemen sowie jeweils passende Zitate zur detaillierteren Ausführung der Ergebnisse (Studie S. 102-104). Als Hauptthema ergab sich <i>success through participation</i>.</p> <p>Folgende vier Themen, herausgearbeitet aus dem Austrittsfragebogen, wurden dem Erleben und der Wirksamkeitseinschätzung von Teilnehmenden in der Essgruppen-Intervention zugeordnet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Helpful components of practical food groups: unique structural elements, shared experience, safe and supportive environment</i> 2) <i>Perceived benefit of exposure: previous experience, repeated exposure</i> 3) <i>Impact of applying cognitive and behavioural skills: coping strategies, increasing self-awareness, assertive communication</i> 4) <i>Challenges affecting participation: flooding anxieties, lack of control, lack of access to personal support and resources</i> <p>Zwei weitere Themen ergaben sich aus der Antwortenanalyse des Follow-up Fragebogens. Diese beschäftigten sich mit der Übertragbarkeit des Gelernten in den Alltag Zuhause.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Facilitating adaptation: increased knowledge and self awareness, re-create challenges, availability of personal and professional support</i> 2) <i>Influence of eating disorders on challenging feared foods: self-defeating beliefs, resistance to change, loss of structure and support</i>

<p>Auditability Decision trail developed? yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>Die Autorenschaft gibt an, dass nach einem genauen Entscheidungs- und Überprüfungspfad (Audit Trail) gearbeitet wurde. Dieser habe detaillierte Überlegungen zu Entscheidungen bzgl. Codes, auftauchenden Themen und ihren Beziehungen beinhaltet. Leider wird der Audit Trail nicht genauer erläutert. Somit ist der genaue Weg, wie die Entscheidungen während des Prozesses getroffen wurden, nicht ausreichend nachvollziehbar.</p> <p>Angegeben wird, dass Aussagen nur dann in ein Thema zusammengefasst wurden, wenn diese von mehr als 10 Teilnehmenden geäußert wurden. Wenn es bezüglich der Themen Unstimmigkeiten gab, wurde gemeinsam diskutiert und noch einmal analysiert, bis Konsens erreicht wurde. Codierung durch Konsens zwischen <i>erstem Autor</i> und <i>zweiten Autor</i> um Codes und Themen zu verifizieren, wird ebenfalls angegeben. Jedoch wird nicht angegeben, welche Inhalte kontrovers diskutiert wurden, welche Argumente es gab und wie schlussendlich zu den Ergebnissen gefunden wurde. Dies ist aus Sicht der Verfasserinnen ein Mangel in der adäquaten Beschreibung und es lässt sich nicht sicher feststellen, dass die Ergebnisse sämtliche Daten repräsentieren.</p>
<p>Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>Im Resultateteil beziehen sich die Forschenden noch nicht auf theoretische Konzepte beziehungsweise die Übereinstimmung der Bedeutungen, welche sich aus den Daten ergeben haben mit den zuvor beschriebenen Bezugsrahmen sind nicht beschrieben. Im Diskussionsteil wird dieser Schritt vollzogen: Aufgrund des Fakts, dass die Teilnehmenden im Rahmen des Tagesprogramms unterschiedliche Interventionen bekamen, sei es nicht möglich, definitive Schlussfolgerungen aus den Resultaten zu ziehen. Trotzdem wird nochmals klar aufgezeigt, dass bereits frühere Literatur auf die Wirksamkeit bedeutungsvoller essensbezogener Interventionen hinweist. Die nachhaltige Genesung wird durch verbessertes Essverhalten und die Reduzierung negativer Copingstrategien erreicht. Die Ergebnisse dieser qualitativen Studie unterstützen diese Annahme. Die Studie zeigt zudem einmal mehr auf, dass Essstörungen hartnäckige Krankheiten sind. Diverse Schwierigkeiten, welche sich den Betroffenen in den Weg stellen, werden aufgezeigt. Hinderliche wie förderliche Faktoren werden in dieser Studie genannt und erfasst. Dies erlaubt den Lesenden einen Einblick in die Erlebenswelt von erkrankten Personen.</p>

<p>DATA COLLECTION: Quantitative Daten</p> <p>Waren die Outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Waren die Outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p>	<p>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtungen (pre-, post- follow up)).</p> <p>Messungen werden nach Abschluss des Tagesprogramms und dreimal Follow-up (nach 6, 12 und 24 Monaten) durchgeführt. Eventuell ist dies missverständlich beschrieben, da die Follow-up Messungen in der Datenanalyse für die quantitativen Daten nicht weiter berücksichtigt werden. Es bleibt unklar, ob die quantitative Datenerhebung in den Follow-up-Messungen stattfand oder nicht, oder ob bloss auf das Auswerten der Daten verzichtet wurde. Auch hierfür würde allerdings eine Begründung fehlen.</p> <table border="1" data-bbox="472 506 1308 919"> <tr> <td data-bbox="472 506 781 919"> <p>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit)</p> <p>*Wichtigkeit und Nützlichkeit der Intervention</p> <p>*Grad von Vergnügen/Herausforderung bzgl. der Intervention</p> <p>* Zuversicht, erlernte Skills in den Alltag Zuhause übertragen zu können</p> </td><td data-bbox="781 506 1308 919"> <p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p> <p>Eigens für die Studie erstellter Fragebogen, welcher nicht validiert oder in einer Pilotstudie überprüft wurde. Er enthielt 6 Fragen, welche auf einer 5-Stufen-Skala (1= «überhaupt nicht» bis 5= «extrem») beurteilt werden sollten. Cronbach's Alpha beträgt 0,57. Dies entspricht einer niedrigen internen Konsistenz und deutet den Forschenden zufolge darauf hin, dass die Fragen zwar lose miteinander in Verbindung stehen, jedoch jede für sich nützliche Einzelaspekte in Bezug auf die Essgruppen erheben können.</p> </td></tr> </table>	<p>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit)</p> <p>*Wichtigkeit und Nützlichkeit der Intervention</p> <p>*Grad von Vergnügen/Herausforderung bzgl. der Intervention</p> <p>* Zuversicht, erlernte Skills in den Alltag Zuhause übertragen zu können</p>	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p> <p>Eigens für die Studie erstellter Fragebogen, welcher nicht validiert oder in einer Pilotstudie überprüft wurde. Er enthielt 6 Fragen, welche auf einer 5-Stufen-Skala (1= «überhaupt nicht» bis 5= «extrem») beurteilt werden sollten. Cronbach's Alpha beträgt 0,57. Dies entspricht einer niedrigen internen Konsistenz und deutet den Forschenden zufolge darauf hin, dass die Fragen zwar lose miteinander in Verbindung stehen, jedoch jede für sich nützliche Einzelaspekte in Bezug auf die Essgruppen erheben können.</p>
<p>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit)</p> <p>*Wichtigkeit und Nützlichkeit der Intervention</p> <p>*Grad von Vergnügen/Herausforderung bzgl. der Intervention</p> <p>* Zuversicht, erlernte Skills in den Alltag Zuhause übertragen zu können</p>	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p> <p>Eigens für die Studie erstellter Fragebogen, welcher nicht validiert oder in einer Pilotstudie überprüft wurde. Er enthielt 6 Fragen, welche auf einer 5-Stufen-Skala (1= «überhaupt nicht» bis 5= «extrem») beurteilt werden sollten. Cronbach's Alpha beträgt 0,57. Dies entspricht einer niedrigen internen Konsistenz und deutet den Forschenden zufolge darauf hin, dass die Fragen zwar lose miteinander in Verbindung stehen, jedoch jede für sich nützliche Einzelaspekte in Bezug auf die Essgruppen erheben können.</p>		
<p>DATA ANALYSIS: Quantitative Daten</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p>Ja Nein entfällt nicht angegeben</p> <p>Ware(n) die Analysemethoden geeignet?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p>Ja Nein</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Es wurden keine p-Werte angegeben, da keine Vergleiche berechnet wurden. Es werden lediglich Durchschnittswerte und Standardabweichungen der Abschlussmessung angegeben. Diese wurden mittels IBM SPSS Version 22 berechnet. Es handelt sich um rein deskriptive Statistik.</p> <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen den Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Koch-/Essgruppen werden von den Teilnehmenden tendenziell als weniger angenehm (3,5) als nützlich (4,43) und als wichtig (4,73) für die Genesung eingestuft. Das heisst, es ist bei solchen Gruppen besonderer Wert auf die Motivation und Stärkung der Teilnehmenden zu legen.</p> <p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Es wird angegeben, dass den Abschlussfragebogen alle Teilnehmenden ausgefüllt hätten (n = 99), in der Tabelle 3, in der die Ergebnisse dargestellt werden, sind jedoch nur die Resultate von 74 Personen enthalten. Es fehlen also 25 Antworten beim Beurteilungsfragebogen. Ein Grund dafür wird nicht angegeben</p>		

<p>CONCLUSIONs & IMPLICATIOs</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>Die Auswertung der Antworten erlaubt, den Wert von möglichst realistischer Exposition in der Behandlung von Essstörungen zu erforschen. Wichtig war vor allem das verbesserte Verständnis dafür, als wie wichtig und hilfreich diese Expositionserfahrungen aus Sicht der Betroffenen eingestuft wurden. Die Rückmeldungen zeigten, dass die Gruppe zwar als herausfordernd, doch trotzdem als sehr hilfreich beim Etablieren eines gesunden Essverhaltens erlebt wurde. Auch wenn es viele Möglichkeiten zu Veränderungen gab, beschrieben die Teilnehmenden, wie sie immer wieder in alte Verhaltensmuster zurückfielen. Dies bestätigt bereits vorhandene Theorien, welche Verhaltensänderungen und Krankheitsakzeptanz als grosse Herausforderungen und Hürden auf dem Genesungsweg beschreiben. Praxisempfehlungen werden explizit aufgelistet:</p> <p>*Praktische essensbezogene Interventionen scheinen ein sinnvoller Ansatz zu sein für Menschen, die sich auf dem Genesungsweg von einer Essstörung befinden.</p> <p>*Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind gut dafür geeignet, diese betätigungsbasierten Interventionen anzubieten.</p> <p>*Die Berufsleute sollten gut auf ihre eigenen Gefühle und Reaktionen in der Behandlung achten, da die Begleitung sehr intensiv und eine grosse Herausforderung sein kann --> Das Rollenverständnis der Ergotherapie in diesem Berufsfeld wird durch die Ausführungen dieser Studien gestärkt. Allenfalls führt dies dazu, dass sich mehr Berufsleute dazu befähigt fühlen, solche Interventionen in ihrer Praxis anzubieten.</p> <p>Die Autorenschaft beschreibt folgende Limitationen: Nicht alle Teilnehmenden beantworteten die Follow-Up Fragebögen. Die Geschlechterrepräsentativität ist nicht gegeben da nur ein Mann unter den Teilnehmenden war. Die verwendeten Fragebögen waren selbst entwickelt und weder validiert noch pilot-getestet. Es besteht die relativ hohe Wahrscheinlichkeit, dass noch andere Therapieformen im Tagesprogramm die Genesung mitbeeinflusst haben. Wegen dem kleinen Sample war es nicht möglich, die Analyse separat für die jeweiligen Diagnosen zu machen. Dies wird für die weitere Forschung empfohlen. Es wird angenommen, dass die Verbesserungen im Essverhalten zumindest teilweise durch die verbesserten kognitiven Funktionen nach Gewichtswiederherstellung ermöglicht sind und nicht durch die essbezogene Intervention selbst. Schliesslich bestand das untersuchte Sample aus Betroffenen, welche sich auf ein intensives Wochenprogramm eingelassen haben. Die Repräsentation der gesamten Population ist nicht gegeben.</p> <p>Zusammenfassend kann gesagt werden, dass diese Studie positive Implikationen für den Einsatz betätigungsbasierter Ergotherapie in der Behandlung von Menschen mit einer Essstörung liefert. Jedoch hätte aus Sicht der Verfasserinnen die Beschreibung ihrer genauen Methodik ausführlicher sein müssen.</p>
--	--

C.2 Hauptstudie 2

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998
McMaster-Universität

TITEL: Meal Support using mobile technology in Anorexia Nervosa. Contextual differences between inpatient and outpatient settings.

(Cardi, Lounes, Kan & Treasure, 2012)

Kommentare

ZWECK DER STUDIE Wurde der Zweck klar angegeben? Ja Nein	Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage? Zweck der Studie war es, den bereits bei einer ambulanten Patientengruppe untersuchten Einfluss einer durch Mobiltechnologie gestützte Intervention zur «Unterstützung von Mahlzeiten» auf das Essverhalten von stationären Patienten und Patientinnen mit einer AN zu untersuchen. Es soll untersucht werden, ob das Ansehen eines Vodcasts (kurzer Film mit positivem visuellen und auditorischem Inhalt) oder das Anhören eines beruhigenden Musikstücks auf einem MP4 Player einen Einfluss auf die aufgenommene Kalorienmenge in einer Testmahlzeit und auf das Stress- und Angsterleben von Menschen mit AN hat. Dabei werden auch die Daten der vergangenen Studie mit ambulanten Patienten miteinbezogen und bzgl. des Outcomes miteinander verglichen. Hypothesen: <ul style="list-style-type: none">- Stationäre Patientinnen werden, da sie sich in einem akuterem Krankheitsstadium befinden, bei der Anfangsmessung höhere Stresslevel, einen geringeren Wunsch zu essen und Essensbildern gegenüber eine grössere Aufmerksamkeitsverzerrung aufweisen als ambulante Patientinnen.- Stationäre Patientinnen werden vom Schauen der Vodcasts mehr profitieren als ambulante Patientinnen.- Das Ansehen eines Vodcast wird im Vergleich zum Anhören von Musik günstigere Ergebnisse erzielen. Dies wird sich in verbesserten verhaltensmässigen, selbstberichteten und experimentellen Massen die mit essen in Verbindung stehen, während einer Testmahlzeit zeigen. Es handelt sich um eine psychologische Studie. Die Ergebnisse könnten für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, die mit an Essstörungen erkrankten Personen arbeiten, relevant sein. Insbesondere das Wissen, ob Interventionen, die auf das emotionale
---	---

	<p>Erleben in Mahlzeitsituationen eingehen, einen positiven Effekt auf das Essverhalten der Betroffenen haben oder nicht. Kann ein solcher Effekt nachgewiesen werden, eröffnet dies neue Möglichkeiten für Adaptationen im Bereich der Selbstversorgung rund ums Thema «Essen und Mahlzeiten» bei dieser Klientengruppe.</p>
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</p> <p>Ja Nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Relevante Literatur sowie die Forschungslücke sind beschrieben. Für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ist besonders relevant, dass sich Pflegende in der Betreuungssituation häufig überfordert fühlen – wenn Pflegefachpersonen (bspw. im Rahmen von Kochgruppen) solche Unterstützung anbieten, können auch sie von evidenzbasierten Interventionen profitieren.</p> <p>Es wird beschrieben, dass Essensvermeidung ein Hauptsymptom der AN und die Gewichtszunahme ein Schlüsselziel bei der Behandlung derselben ist. Die Empfehlungen des National Institute for Clinical Health and Clinical Excellence (NICE) lautet, betroffene Personen wenn immer möglich ambulant zu behandeln. Wenn das medizinische Risiko jedoch hoch ist, respektive das Essverhalten so nicht verbessert werden kann, ist ein stationärer Aufenthalt angezeigt. Dort werden Betroffene zu Beginn in Mahlzeitsituationen häufig durch Pflegende überwacht und unterstützt. Wie diese Unterstützung genau aussieht, resp. aussehen sollte, ist jedoch wenig erforscht und Pflegende berichten, dass sie sich von dieser Aufgabe oft überfordert fühlen und sie dazu nicht die Fähigkeiten haben. Interventionen müssten eigentlich theoriegeleitet sein. Jedoch gestaltet sich dies aufgrund von unsicherem Verständnis der Krankheitsmechanismen noch immer schwierig.</p> <p>Eine mögliche Erklärung für das vermeidende Essverhalten von AN-Patienten ist das Vorhandensein einer erlernten Abwehrreaktion gegenüber Nahrungsmitteln. Es konnte nachgewiesen werden, dass bei AN-Patientinnen und Patienten die Exposition von Essbildern dazu führt, dass sie Angst/Ekel empfinden und weniger lächeln. Werden sie vor dem Ansehen von Essensbilder mit ängstlichen Gesichtern geprimed, nimmt die negative Reaktion sogar zu. Dies wird von den Autoren als Hinweis gesehen, dass Personen mit einer AN eine Störung der Verarbeitung von Essreizen aufweisen und dass diese Störung ein Hindernis für die Genesung ist.</p> <p>Eine Möglichkeit, beim vermeidenden Essverhalten der Patienten anzusetzen, wäre daher, positivere Assoziationen zu Nahrungsmitteln zu schaffen. Die Literatur zeigt, dass der durch Expositionstherapie herbeigeführte Abbau von essensbezogenen Ängsten die Aufnahme von Kalorien erhöht. Es ist jedoch nicht klar, ob sich dies auch auf andere Kontexte übertragen lässt.</p> <p>Unter Einbezug von Fachpersonen, Forschern sowie akuten und genesenen AN-Betroffenen wurde ein kurzer Videoclip (Vodcast) entwickelt, welcher mit akustischen und visuellen Inhalten die Angst vor dem Essen reduzieren soll. Gleichzeitig soll das Vertrauen, dass man die Ambivalenz gegenüber dem Essen überwinden kann,</p>

	gestärkt werden. Dieser Vodcast wurde schon mit Erfolg in einer vorgängigen Studie mit ambulanten Patienten verwendet – in dieser Studie soll nun untersucht werden, ob die Resultate auch auf Patienten im stationären Setting übertragbar sind.
DESIGN <ul style="list-style-type: none"> ○ Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) ○ Kohortenstudie ○ Einzelfall-Design ○ Vorher-Nachher-Design ○ Fall-Kontroll-Studie ○ Querschnittstudie ○ Fallstudie Anderes	Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (Outcomes), auf ethische Aspekte)? <p>Den Forschenden zufolge wurde ein Repeated-Measures Design verwendet. Es kann aber auch als eine Art Fall-Kontroll-Studie mit anteilig retrospektiven Daten angesehen werden, da ja auch zwei Gruppen miteinander verglichen wurde (ambulant vs. stationär). Dabei durchläuft dieselbe Gruppe verschiedene Versuchsanordnungen und dient sich dabei gleich selbst als Kontrollgruppe. Stationäre Patienten wurden ins Labor eingeladen, um an einer 20-minütigen Testmahlzeit teilzunehmen, das einen ihrer täglichen Snacks ersetzen sollte. Dieses Prozedere wurde zweimal mit einem Abstand von möglichst genau einer Woche durchgeführt. Dabei wurden sie zufällig erst der Vodcast- oder der Musik-Bedingung zugeordnet, beim zweiten Mal erhielten sie dann die jeweils andere Intervention. Dies entspricht demselben Prozedere wie beim ambulanten Klientel. Die beiden Gruppen wurden anschliessend miteinander verglichen.</p> <p>Die Studie ist Stufe III der Evidenzhierarchie zuzuordnen (Fallkontroll-Design)</p>
	Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, Bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen. <p>Übungseffekte / Motivationseffekte bei Dotprobe-Aufgabe</p> <p>Freiwillige Teilnahme: Generalisierbarkeit vermutlich eingeschränkt, nicht repräsentativ für Population.</p> <p>Das Klientel dieser Studie erhielt von Beginn an volle Information über den Inhalt und den Zweck der Studie. Dies könnte dazu geführt haben, dass günstigere Antworten gegeben wurden oder bessere Leistungen gezeigt wurden als wenn die Teilnehmenden den Hintergrund nicht gekannt hätten (Aufmerksamkeits-Bias).</p> <p>Ein Vorteil des Repeated Measure - Designs ist, dass weniger Leute rekrutiert werden müssen, da es keine Kontrollgruppe braucht. Dies spart Zeit und Geld. Ein Nachteil ist die mögliche Verzerrung der Ergebnisse wegen der Reihenfolge- und Zeiteffekten. Dabei kann das Resultat in beide Richtungen verzerrt werden: die Teilnehmenden verbessern sich schlicht über die Zeit und unabhängig von der Intervention, oder sie zeigen schlechtere Werte, da sie beim zweiten Mal weniger motiviert sind.</p>

<p>STICHPROBE N=38</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p>Ja Nein</p> <p>Wurde die Stichprobengrösse begründet?</p> <p>Ja Nein entfällt</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Die stationären Teilnehmerinnen (n=20) wurden durch Werbeaushänge auf einer Abteilung des Bethlem Royal Hospital rekrutiert. Die Einschlusskriterien waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weiblich - Zwischen 18-55-jährig - Fliessende Englischkenntnisse - Normale Sehstärke - Keine motorischen Einschränkungen - Keine schwerwiegende Komorbidität <p>Die ambulanten Teilnehmenden (n=18) wurden durch lokale Aushänge bei Institutionen, welche Dienstleistungen für Personen mit Essstörungen anbieten sowie durch die Psychiatry Eating Disorders Unit's volunteer Database rekrutiert und befanden sich in verschiedenen Phasen ihrer Genesung. Einschlusskriterien waren bis auf «keine motorischen Einschränkungen» - dieses Kriterium fehlte – dieselben wie für die stationären Teilnehmenden.</p> <p>Um die Diagnose AN zu bestätigen, wurde Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) durchgeführt. Hierbei wird nicht beschrieben, wer diese Interviews geführt hat.</p> <p>Das Mahlzeitenprozedere der beiden Probandengruppen unterschied sich naturgemäss voneinander. Bei den ambulanten Patientinnen wird das Maudsley Model of Anorexia Treatment in Adults (MANTRA) angewendet. Hierbei wird die Planung der Mahlzeiten mit dem Ziel, die Kalorienaufnahme zu erhöhen, besprochen. Es gibt während der Mahlzeiten jedoch keine direkte Unterstützung mehr. Bei stationären Betroffenen sind Mahlzeiten-Situationen klar geregelt und strukturiert. Es gibt drei feste und drei Zwischenmahlzeiten (ein Sandwich oder Kuchen mit durchschnittlich 300 kcal), immer zur selben Zeit und es wird erwartet, dass diese Mahlzeiten vollständig innerhalb eines bestimmten Zeitlimits verzehrt werden. Die Patientinnen sitzen an verschiedenen Tischen und die Pflegenden sind in der Nähe von denjenigen, welche noch viel Unterstützung benötigen. Die Pflegenden verwenden zur Unterstützung verschiedene Techniken zur Verhaltensänderung wie Ermutigung, Ablenkung und gutes Zuspreehen. Zweimal pro Woche findet nach dem Mittagessen eine Entspannungslektion statt (Achtsamkeit, geführtes Tagträumen/ Visualisierung/ Imagination).</p> <p>Die Stichprobengrösse wurde nicht begründet und es wurde im Vorfeld keine Stichprobenkalkulation gemacht. Es wurde darauf geachtet, dass die Stichprobengrössen der beiden Gruppen ähnlich sind.</p>
---	--

	Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt? Das Verfahren wird nicht näher erörtert, die Studie wurde jedoch vom NHS Research Ethics Committee gutgeheissen. Die Teilnehmerinnen wurden vollumfänglich über die Studie informiert und gaben vor Studienbeginn ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme.	
Ergebnisse (Outcomes) Waren die Outcome Messungen zuverlässig (reliabel)? Ja Nein nicht angegeben, Waren die Outcome Messungen gültig (valide)? Ja (für EDE-Q und DASS) Nein nicht angegeben (für MR und VAS)	Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtungen (pre-, post- follow up)). Siehe unten <div> Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit) Listen Sie die verwendeten Messungen auf </div>	
	1) Psychopathologie der Essstörung (Besorgnis über Figur, Essen und Gewicht, restriktives Essverhalten, globaler Score) Einmalig zu Beginn 2) Depression, Angst und Stress Einmalig zu Beginn 3) Bereitschaft zur Veränderung Einmalig zu Beginn 4) Stress und Wunsch, zu essen vor und nach der Testmahlzeit 5) Aufmerksamkeitsverzerrung gegenüber Essreizen vor und nach der Testmahlzeit 6) Getrunzene Smoothie-Menge (ml) einmalig bei der Testmahlzeit	1) Eating disorder Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Berglin, 1994) Selbsteinschätzungsfragebogen mit 36 Items in den genannten Subskalen. Likert Skala (0-6), welcher bezeichnet, an wie vielen Tagen in den letzten 28 Tagen gewisse Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen vorgekommen sind. Hohe interne Konsistenz, mässige bis hohe Kriteriums- und Übereinstimmungsvalidität 2) Depression anxiety stress scales (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995). Selbsteinschätzungsfragebogen mit 21 Items mit 3 Subskalen. Höhere Werte entsprechen einem höheren Level von Depression, Angst und Stress. Depression, Cronbach's alpha = 0.94 Angst, Cronbach's alpha = 0.87 Stress, Cronbach's alpha = 0.91 3) Motivational Ruler 2 Likert Skalen (Zuversicht, dass Veränderung möglich ist und Wichtigkeit der Veränderung) von 0 (überhaupt nicht) bis 10 (sehr viel). Die beiden Werte werden zu einem Mittelwert «Bereitschaft zur Verhaltensänderung»

		<p>kombiniert. Validität/Reliabilität ist nicht angegeben.</p> <p>4) Visuelle Analogskalen (VAS), welche von -5 bis +5 reichen, wobei 0 neutral ist. Die Werte werden zu zwei Mittelwerten zusammengefasst: Stress (Angst, unangenehme Körperempfindungen, Intrusionen und negative Stimmung) und «Wunsch, zu essen» (Bereitschaft, zu essen, Hunger, Sättigkeit)</p> <p>5) Essen-Dotprobe-Aufgabe. Computergestütztes Verfahren, bei dem gemittelte Reaktionszeiten gegenüber angstbesetzten (Bilder von Gerichten auf Tellern) und neutralen (Bilder von Möbeln) Reizen verglichen werden. Je grösser die Unterschiede, desto grösser die Aufmerksamkeitsverzerrung.</p> <p>6) Testessen: Die Teilnehmenden werden gebeten, möglichst viel und so schnell wie möglich von einem Smoothie zu trinken. Es stehen 3 Standardvarianten zur Verfügung, aus denen die Probandinnen wählen können. Dafür hatten sie 20 Minuten Zeit.</p>
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitig weitere Massnahmen (Ko-Interventionen) vermieden?</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>Die Massnahme ist bis auf wenige Einzelheiten ausführlich beschrieben.</p> <p>Die beiden Interventionen wurden einmalig in zwei Sitzungen im Abstand von einer Woche angeboten. Die Probandinnen wurden für eine Früchte-Smoothie Testmahlzeit ins Labor eingeladen. Diese Mahlzeiten sollten eine ihrer Zwischenmahlzeiten ersetzen. Es wird nicht erläutert, wer die Studienleitung innehatte resp. die Massnahmen durchführte.</p> <p>Die Sitzungen liefen wie folgt ab: Die Probandinnen wurden zufällig zuerst der Musik- oder der Vodcast-Intervention zugeordnet. Zu Beginn der ersten Sitzung füllten sie verschiedene Assessments aus (EDE-Q, DASS, Motivational Ruler). Dann absolvierten sie die Dotprobe-Aufgabe sowie die VAS. Dann konnten die Probandinnen einen von drei normal im Supermarkt erhältlichen Smoothies</p>	

<p>Ja Nein nicht angegeben entfällt</p>	<p>auswählen (250ml Flaschen, durchschnittlich 140 kcal). Sie wurden dann gebeten, sich den Vodcast anzusehen / die Musik anzuhören und so schnell wie möglich so viel wie möglich von ihrem Smoothie zu trinken.</p> <p>Der Vodcast enthielt spezifisch auf Essstörungen abgestimmtes auditorisches und visuelles Material. Dieses hat zum Ziel, die Probandinnen zu unterstützen, Essen neu zu bewerten und als nötigen Teil ihrer Genesung zu akzeptieren. Ziel ist, dass sie einen Schritt von der kognitiven Kontrolle zurückzutreten und lernen, gegenüber den Bedürfnissen des eigenen Körpers mitfühlend zu sein. Eingeschlossen sind positive Strategien, welche die Motivation und Akzeptanz fördern und damit die negativen Assoziationen gegenüber Essen unterbrechen sollen: Entspannende Musik, Psychoedukation (Wiederaufbau von normalem Appetit) und Prinzipien aus dem Motivational Interviewing (offene Fragen, Mitgefühl, herauslocken von Wünschen und Autonomie). Die Bilder unterstützten den verbalen Inhalt (Fragezeichen, mitfühlende Gesichter, Tiere, helle Landschaften). Die Musik-Bedingung enthielt vier Stücke des italienischen Komponisten Ludovico Einaudi. Beide Interventionen dauerten 20 Minuten und die Musik bzw. die Vodcasts wurden den Probandinnen von einem MP4-Playern abgespielt.</p> <p>Im Anschluss an die Testmahlzeit wurde noch einmal die Dotprobe-Aufgabe durchgeführt sowie die VAS ausgefüllt. Zum Schluss der Sitzung hatten die Probandinnen noch Gelegenheit, schriftliches Feedback zum Video-/Audiomaterial abzugeben.</p> <p>Kontaminierungen zwischen den Gruppen konnten nicht stattfinden, da die Datenerhebung der ambulanten Gruppe lange vor der Datenerhebung der zweiten Gruppe abgeschlossen war. Innerhalb der Gruppe könnte es sein, dass sich Personen ausgetauscht haben. Da sie aber über den Zweck und Ablauf der Studie informiert waren, dürfte dies keine Rolle gespielt haben.</p> <p>Es gab keine Informationen wie mit Ko-Interventionen hätte umgegangen werden können.</p> <p>Es zeigte sich, dass die stationären Probandinnen signifikant häufiger Medikation erhielten als die ambulanten. Dies könnte eine Alternativerklärung für die gefundenen Unterschiede zwischen den Gruppen sein.</p> <p>Ausserdem hatten die stationären Patientinnen 2h nach ihrer Testmahlzeit wieder eine Mahlzeit zu erwarten in einer bestimmten Kalorienhöhe und sie sind es sich in ihrem Setting gewohnt, aufzuessen. Die ambulanten Probandinnen sind diesbezüglich autonomer und verteilen ihre Kalorienaufnahme selbstständig über den Tag. Vielleicht haben sie an diesem Tag vor, mehr zu Abend zu essen und haben darum bei der Testmahlzeit gespart. Die Gruppen sind so gesehen nicht direkt vergleichbar.</p>
--	--

<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p>Ja Nein entfällt nicht angegeben</p> <p>Ware(en) die Analyse(n) geeignet?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p>Ja Nein</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Die stationären Patientinnen wiesen im DASS signifikant höhere Werte für Stress ($t(36) = 3.2$ $p = .003$), Depression ($t(36) = 2.5$ $p = .01$) und Angst ($t(36) = 3.8$ $p = .001$) auf und unterschieden sich bzgl. ihres BMI ($t(36) = -3.0$ $p = .005$). Der Level der Essstörungspsychopathologie war jedoch ähnlich. Bei der Baseline-Messung zeigten die beiden Gruppen keinen Unterschied bzgl. der Ausprägung «Stress», die stationären Patientinnen zeigten jedoch einen signifikant geringeren Wunsch, zu essen ($p = .002$; $ES = 1.09$). Die Aufmerksamkeitsverzerrung war bei den ambulanten Teilnehmenden moderat höher ($p = .3$; $ES = 0.35$)</p> <p>Smoothiekonsum: Die Unterschiede zwischen den Gruppen bzgl. des Smoothie Konsums war signifikant: Die stationären Probandinnen tranken signifikant mehr Smoothie als die ambulanten Probandinnen ($p = .01$, $ES = .9$). Zwischen den beiden Versuchsbedingungen gab es keinen signifikanten Haupteffekt. Jedoch hatte die Interaktion zwischen Gruppe und Versuchsbedingung einen signifikanten Einfluss auf den Smoothie-Konsum: Die stationäre Gruppe konsumierte in der Musik-Bedingung mehr Smoothie ($p = .06$, $ES = 0.3$), während die ambulante Gruppe in der Podcast Bedingung mehr Smoothie konsumierte ($ES = 0.4$).</p> <p>Stresserleben: Die Interaktion zwischen der Versuchsgruppe, der Versuchsbedingung und der Zeitpunkte hatten einen signifikanten Einfluss auf den Stresslevel ($p = .001$). Stationäre Probandinnen berichteten weniger Stress, nachdem sie sich Musik angehört hatten, die ambulanten Patienten berichteten weniger Stress, nachdem sie sich den Podcast angesehen hatten. Es gab einen signifikanten Haupteffekt bzgl. des Zeitpunktes, jedoch nicht bzgl. der Versuchsbedingung oder der Versuchsgruppe. Für den Wunsch, zu essen gab es einen signifikanten Haupteffekt bzgl. des Zeitpunktes: Bei beiden Gruppen war der Wunsch, zu essen, nach der Intervention geringer. Es gab auch einen signifikanten Haupteffekt bzgl. der Gruppe, derart, dass die stationären Probandinnen einen geringere VAS-Scores zeigten als die ambulanten.</p> <p>Aufmerksamkeitsverzerrung: Die Interaktion zwischen Versuchsgruppe und Versuchszeitpunkt war signifikant für die Aufmerksamkeitsverzerrung. Die stationären Probandinnen wiesen nach der Intervention eine höhere Verzerrung auf, die ambulanten Probandinnen dagegen einen niedrigeren.</p> <p>Qualitatives Feedback: 12 Personen fanden die Musik entspannend, friedlich und hilfreich während des Essens. 10 Personen empfanden</p>
--	--

	<p>den Podcast während des Versuchs, zu trinken als hinderlich, da er zu sehr auf Essstörungsthemen bezogen gewesen sei.</p> <p>Waren die Analysemethoden geeignet?</p> <p>Die Ergebnisse wurden alle mit SPSS berechnet. Um Unterschiede zwischen den Baselinemessungen (Aufmerksamkeitsverzerrung, Stresslevel und Wunsch, zu essen) zwischen den verschiedenen Patientengruppen zu berechnen wurden unabhängige t-Tests durchgeführt. Um die vier Outcomes (Getrunken Smoothie-Menge, Stresslevel, Wunsch, zu essen und Aufmerksamkeitsverzerrung) zwischen den beiden Gruppen zu vergleichen, wurden ANOVAs mit Messwiederholung durchgeführt. Der BMI wurde als mögliche konfundierende Variable in die Berechnungen mit eingeschlossen, die Resultate wurden nicht dargestellt, da sich kein signifikanter Einfluss zeigte. Die Schätzung der Effektgrösse basierte auf Cohen's D. Das ist laut Rasch, Friese, Hofmann & Naumann (2010) ein Fehler, denn dies Verfahren bezieht sich nur auf unabhängige Messungen. Der Nutzen von Effektgrössen ist Rasch et al. (2010) zufolge bei Verfahren mit Messwiederholung im Vergleich zu solchen ohne Messwiederholung eingeschränkt. Ausserdem stellen sich Fragen zu verschiedenen Voraussetzungen, da diese (scheinbar) nicht bedacht wurden (Intervallskaliertheit der Daten (Stress/Wunsch, zu Essen), bzgl. der Normalverteilung, Varianz- und Personenhomogenität).</p> <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen den Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Ja. Die Erkenntnis, dass sich die Ergebnisse der stationären Gruppe von denen der ambulanten Gruppe signifikant unterscheiden ist neu und klinisch von Bedeutung. Es können dadurch unterschiedliche Empfehlungen für die Interventionsplanung gegeben werden.</p> <p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Bei den stationären Patientinnen wurde mit 20 die Podcast-Bedingung durchgeführt, jedoch nur mit 18 die Musik-Bedingung. Eine Person weigerte sich, das Experiment mit Musik zu wiederholen, bei einer weiteren Person wurde die getrunken Smoothie Menge nicht notiert und sie darum von der Analyse ausgeschlossen.</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welche waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p>

<p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie</p> <p>Ja Nein</p>	<p>Conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein Vodcast, welcher das Essen unterstützen soll ist im stationären Kontext nicht hilfreich in Bezug auf die konsumierte Nahrungsmenge sowie in Bezug auf Angst- und Stressreduktion – ganz im Gegensatz zu ambulanten Patienten. - Wenn Patienten Musik hören konnten, profitierten sie in Bezug auf diese Outcomes – vermutlich, weil sie Musik als Ablenkung von einem Kontext erleben konnten, in dem sonst alles nur ums Essen (ihrem gefürchteten Thema) dreht. (Musik zeigt generell angstlösende Effekte bei Personen, welche Stresssituationen ausgesetzt sind). Es wäre wohl sinnvoll, im stationären Setting Behandlungen anzubieten, welche die Ängste bzgl. der Nahrungsaufnahme verringern. <p>Fazit: Essverhalten, der Grad der Wachsamkeit nach dem Essen und der Einfluss eines Vodcasts auf diese Outcomes unterscheiden sich in den verschiedenen Settings (ambulant / stationär). Der Vodcast hat Stress und Angst nach dem Essen im stationären Setting nicht reduzieren können – im Gegensatz zu entspannender Musik.</p> <p>Implikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An AN erkrankte Menschen erleiden grosse Angst- und Stresszustände, wenn Sie Mahlzeiten ausgesetzt sind. Der Vodcast, der sehr auf diese Ängste fokussiert, ist möglicherweise nicht auf diese Klientengruppe zugeschnitten, da sie vor allem <i>nach</i> der Mahlzeit grosse Angst empfinden. Es wird daran gearbeitet, Vodcasts zu entwickeln, welche Angstmanagement Strategien anbieten für die post-Mahlzeit Situation. - Es benötigt mehr Untersuchungen dazu, wie sich Angst subjektiv und objektiv über die Zeit verändern während einer typischen stationären Mahlzeit, da der Zeitpunkt von Interventionen bei der Angstausschöpfung sehr zentral ist. - Literatur zeigt: Aktive Techniken zur Angstreduktion (wie geführtes Tagträumen/Imagination/Visualisierung), progressive Muskelentspannung, selbstgeführte Entspannung) konnten Ängste nach dem Essen lindern. Es ist vermutlich wichtig, solche und individualisierte Techniken vor, während und nach der Mahlzeit zu nutzen. Genau hierbei sehen die Verfasserinnen die Rolle der Ergotherapie, die mit ihrem Blick auf die Betätigung Klienten dabei unterstützen könnte, solche Strategien zu entwickeln und sie auch in situ anzuwenden. <p>Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kleine Stichprobengrösse. Interpersonelle Variationen konnten jedoch reduziert werden, indem die Personen die Aufgabe wiederholten, was die statistische Power der Studie vergrösserte.
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Bei der Testmahlzeit handelte es sich um einen gekauften Smoothie aus einem Geschäft. Es wäre vermutlich geschickter gewesen, wenn eine grössere Menge von Smoothies ohne Etikett in standardisierten Behältern verwendet worden wäre. - Das Timing der Studienteilnahme war für die Probandinnen unterschiedlich. Ausserdem wäre es vermutlich interessant gewesen, die stationäre Gruppe gegen Ende ihres Aufenthaltes mit der ambulanten Gruppe zu vergleichen, wenn sie selbst schon mehr Autonomie über ihr Essverhalten erlangt haben. - Die Motivation, etwas zu verändern, wurde nur zu Beginn der Studie bei den stationären Probandinnen erhoben.
--	---

C.3 Hauptstudie 3

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998
McMaster-Universität

TITEL: The use of a positive mood induction video-clip to target eating behavior in people with bulimia nervosa or binge eating disorder: An experimental study

(Cardi, Leppanen, Leslie, Esposito & Treasure, 2019)

Kommentare

ZWECK DER STUDIE Wurde der Zweck klar angegeben? Ja Nein	Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage? Forschungsliteratur zeigt, dass das Vorhandensein (oder das künstliche Herbeiführen von) negativer Stimmung bei Personen mit BN oder BED zu einer Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit einer Essattacke führt. Dem potenziell protektiven Effekt von positiver Stimmung auf das Auftreten von Essattacken bei dieser Klientengruppe wurde bisher wenig Beachtung geschenkt. Zweck der Studie ist es, den Einfluss eines kurzen Videoclips (Vodcast) auf die an einer standardisierten Testmahlzeit konsumierte Nahrungsmenge bei Personen, welche an BN oder BED leiden, zu untersuchen. Dabei werden zwei Bedingungen verglichen: Das Schauen eines «positiven Vodcasts», welcher positive Stimmung auslösen soll, im Vergleich zu einem «neutralen Vodcast», der die Stimmung nicht beeinflussen soll. Es werden zwei Hypothesen aufgestellt: <ul style="list-style-type: none">- Durch das Schauen des positiven Vodcasts wird im Vergleich zum neutralen Vodcast die negative Stimmung der Probanden reduziert, was zu einer Reduktion der aufgenommenen Kalorien in einer standardisierten Testmahlzeit führt.- Der positive Vodcast führt im Vergleich zum neutralen Vodcast bei den Probanden zu einem geringeren Wunsch nach Nahrungsaufnahme und zu einer geringeren Erwartung, dass Essen nach der Testmahlzeit Erleichterung bringt. Es handelt sich hierbei um eine Studie aus der Bezugswissenschaft der Psychologie. Als eine der wenigen auffindbaren Studien, welche ein direkt verhaltensbezogenes Outcome («aufgenommene Nahrungs-/Kalorienmenge in einer Mahlzeitsituation») untersucht hat, ist sie für unsere Fragestellung relevant. Die Ergebnisse könnten potenziell von Ergotherapeuten in diesem Feld zur Patientenedukation und zur Planung von kompensatorischen
---	--

	Strategien für Mahlzeitsituationen/Kochgruppen mit einbezogen werden.
LITERATUR Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet? Ja Nein	Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde. Die Forschungslücke wird genannt (Untersuchungen zum Einfluss positiver Emotionen auf Essverhalten sind selten), bisher durchgeführte Studien und Erklärungsmodelle werden beschrieben. Der Zweck der Studie wird klar benannt. Es wird deutlich aufgezeigt, dass Essattacken für Personen mit einer BN oder BED zu einem charakteristischen und schwerwiegenden Symptom gehören. Dabei wird in der Forschungsliteratur eine Kombination aus Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und der Tendenz, impulsiv auf negative Emotionen zu reagieren, als Trigger für den Verlust über die Kontrolle der Nahrungsaufnahme gesehen. Nicht nur geht Essattacken häufig negative Stimmung voraus, sie lassen sich auch experimentell durch das Auslösen negativer Stimmung provozieren. Positive Stimmung führt bei Stichproben, welche nur aus Personen mit BED/BN besteht eher zu einer verringerten Wahrscheinlichkeit, sich zu überessen. Hierfür wird folgende Erklärung beschrieben: positive Emotion führen bei dieser Klientengruppe dazu, dass ihr Ziel, das Essverhalten zu zügeln sowie die Erwartung, sich nach vielem Essen schlecht zu fühlen, verfügbarer werden. Es werden kurz Theorien (hedonistische Kontingenzhypothese und die broaden-and-build Theorie) umrissen, welche diese Erklärung stützen. <ul style="list-style-type: none"> - Hedonistische Kontingenzhypothese: positive Emotionen führen dazu, dass künftiges Verhalten auf Basis von erwarteten emotionalen Konsequenzen ausgewählt wird (Im Anschluss an Essattacken werden von Betroffenen das Empfinden von Scham- und Schuldgefühle erwartet, weswegen der Hypothese zufolge die Wahrscheinlichkeit sinkt, dieses Verhalten auszuführen). - Broaden-and-build Theorie: positive Emotionen vergrößern die Verfügbarkeit des momentanen Gedanken-Verhalten-Repertoires und mindert vorhandene negative Emotionen, was die Wahrscheinlichkeit, kontraproduktive Verhaltensweisen zu triggern, reduziert.
DESIGN <ul style="list-style-type: none"> ○ Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) ○ Kohortenstudie ○ Einzelfall-Design ○ Vorher-Nachher-Design ○ Fall-Kontroll-Studie 	Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (Outcomes), auf ethische Aspekte)? Randomisiertes Within-Subject-Crossover-Design Die Teilnehmenden wurden randomisiert auf die zwei Vodcast-Bedingungen zugeteilt. Entweder erhielten sie in der ersten Sitzung den positiven Vodcast und in der zweiten den neutralen oder

<ul style="list-style-type: none"> ○ Querschnittstudie ○ Fallstudie ○ Anderes 	<p>umgekehrt. Vorteil ist, dass niemandem die Behandlung vorenthalten ist. Zudem können bereits mit einer kleinen Teilnehmerzahl statistisch signifikante Unterschiede nachgewiesen werden. Wichtig ist es, im Vorfeld die notwendige Stichprobengrösse zu berechnen. Dies wurde in der vorliegenden Studie nicht angegeben. Nachteil ist der Zeiteffekt und der Carry-over-Effekt, welcher das Wirken der Anwendungseffekte in der ersten Behandlungsphase in die zweite Phase beschreibt. Deshalb ist es bei diesem Design wichtig, eine Pause, in der keine Anwendung stattfindet, einzubauen. Dies ist in vorliegender Studie nicht beschrieben. Das Studiendesign ist zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen geeignet, da über das untersuchte Thema noch nicht viel bekannt ist und die zwei Behandlungsbedingungen miteinander verglichen werden können.</p> <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, Bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es waren alles freiwillige Teilnehmer – evtl. sind die Resultate aufgrund von Motivation / grösserem Leidensdruck positiver ausgefallen, auch wurde die Teilnahme entschädigt - Für das Messen der Stimmung wurden nicht alle Stimmungen gemessen (von positiv bis negativ), sondern nur auf einer VAS die negative Stimmung. Es ist nicht gesagt, dass tatsächlich "positive" Stimmung erzeugt wurde –nur "weniger negative". - Zeiteffekte (Maturitätseffekte, Reihenfolgeeffekte) - Carry-Over-Effekt - Die Wirkung der Musik, Statements und Bilder auf die Stimmung sind individuell - Standardisierte Testmahlzeit (war evtl. nicht für jede Person gleichermassen appetitanregend)
<p>STICHPROBE N= 30</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p>Ja Nein</p> <p>Wurde die Stichprobengrösse begründet?</p> <p>Ja Nein entfällt</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Die Stichprobe wird genau beschrieben und die relevanten Aspekte sind beachtet. Es wird jedoch nicht beschrieben, ob/wie für die Studie geworben wurde. Die Probandinnen sind via einer Website von Stiftungen für Personen mit einer Essstörung (BEAT, Succeed) und Studierenden / Arbeitskräften des King's College London rekrutiert worden. Psychologie-Studierende (Master/PHD) mit spezifischem Training haben das SCID (Structured Clinical Interview for DSM-5 – research version) durchgeführt, um die Diagnose BN oder BED zu stellen.</p> <p>Ausschlusskriterien werden beschrieben, jedoch nicht näher begründet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BMI < 18.5 - Eine andere Essstörung als BN / BED - Substanzmissbrauch (erfragt)

	<ul style="list-style-type: none"> - Seheinschränkung, welche nicht durch Brille/Linsen korrigiert wird - Ungenügende Englischkenntnisse <p>Teilnehmerinnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 Frauen - Bei 22 Frauen wurde eine BN, acht Frauen eine BED diagnostiziert (diese beiden klinischen Stichproben wurden aufgrund der kleinen Grösse der BED-Stichprobe nicht verglichen) - Durchschnittsalter 25,8 Jahre - Durchschnittlicher BMI 24,2 - durchschnittliche Krankheitsdauer 4,7 Jahre - total EDEQ-Score: 3,98 (von max. 6) → moderate Ausprägung - 6 Personen gaben an, zum Zeitpunkt der Studienteilnahme Psychopharmaka einzunehmen - 7 Teilnehmerinnen gaben eine komorbide Depression an <p>Wurde die Stichprobengrösse begründet?</p> <p>Nein. Bei einem cross-over-design wäre eine Stichprobenumfangplanung wichtig gewesen, um abschätzen zu können, ob gefundene Effekte über-/unterschätzt werden (Rasch et al., 2010). Es wurde in den Limitationen aber erwähnt, dass es sich um ein relativ kleines Sample handelt.</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Das gesamte Prozedere wurde in Übereinstimmung mit der neuesten Ausgabe der Deklaration von Helsinki durchgeführt, die Studie wurde ausserdem durch das Psychiatry, Nursing & Midwifery Research Ethics Committee des King's College London gutgeheissen. Die Probandinnen haben vor der Studienteilnahme schriftlich ihre Zustimmung zur Studienteilnahme gegeben. Es wird in der Studie erwähnt, dass die Probandinnen über den Zweck der Studie nicht resp. mit Absicht falsch informiert waren und es ist nicht beschrieben, dass am Ende der Studie ein Debriefing stattfand. Wurde dies nicht gemacht, ist dies ethisch leicht fragwürdig.</p>
<p>Ergebnisse (Outcomes)</p> <p>Waren die Outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p>	<p>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtungen (pre-, post- follow up)).</p> <p>Die Autoren machen für ihre Messinstrumente keine Angaben zu Gütekriterien (ausser, dass der bogus taste test valide und gebräuchlich sei). Es wird darauf hingewiesen, dass sie in anderen Studien schon verwendet wurden. Die Beschreibung der Messinstrumente ist sehr knapp. Gerade in Bezug auf die Erhebung der negativen Stimmung mittels einer VAS-Skala stellt sich für die Verfasserinnen die Frage nach Validität, da es sich hier um ein wichtiges Outcome handelt und</p>

<p>Waren die Outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p>	<p>durchaus reliable und valide Instrumente für das Erheben der Stimmung (state) existieren.</p>	
	<p>Outcome Bereiche</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Demographische und klinische Variablen <i>Baseline Messung</i> 2) Psychopathologie der Essstörung in den letzten 28 Tagen <i>Baseline Messung</i> 3) Negative Stimmung (als Zustand) <i>jeweils pre- und post-Intervention</i> 4) Food Craving (starkes Verlangen nach gewissen Nahrungsmitteln, suchtypisch, nicht gleich Hunger) <i>jeweils pre- und post-Intervention</i> 5) Verzehrte Kalorien bei Testmahlzeit <i>jeweils post intervention</i> 6) Hunger <i>jeweils pre-intervention</i> 	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Demographischer Fragebogen (Geschlecht, Ethnizität, Alter, Schulbildung, Diagnose, Dauer der Erkrankung (in Jahren), Medikation) 2) Eating Disorder Examination Questionnaire (EDEQ) Selbsteinschätzungs-Fragebogen. Likert-Skala mit 7 Ausprägungen (0-6) bei 36 Items (Subskalen: Gezügeltes Essverhalten, Besorgnis bzgl. des Essverhaltens, der Figur und des Gewichts und ein globales Mass). Eine höhere Punktzahl im Fragebogen bedeutet eine schwerere Ausprägung der Symptomatik. 3) Selbsteinschätzung mit Visueller Analogskala (VAS): Fragen zu negativer Stimmung (Zustand). (0 «überhaupt nicht» bis 10 «extrem») 4) Food Craving Questionnaire (state Version) (FCQ-S). Selbsteinschätzungsfragebogen zum momentanen Verlangen nach Essen. Er enthält 15 Items. 5) The bogus taste test (der gefälschte Geschmackstest). Gängiges, validiertes Messinstrument zur Erhebung von konsumierter Nahrungsmenge. Die Probanden bekommen verschiedene Nahrungsmittel in weissen Porzellanschalen. Alles ist genau abgewogen. Sie werden gebeten, alles zu versuchen und nach Geschmack, Aussehen und Geruch zu beurteilen mit dem Hinweis, dass sie so viel oder

		<p>wenig essen können, wie sie möchten. Die Resultate dieses Geschmackstests werden nicht verwertet – der Geschmackstest ist nur der Vorwand, um unauffällig ein objektives Mass für die Aufnahme von Kalorien zu erhalten.</p> <p>6) VAS von 0 (gar kein) bis 10 (sehr viel)</p>
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitig weitere Massnahmen (Ko-Interventionen) vermieden?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben entfällt</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>Schwerpunkt der Massnahme: Das Hervorrufen von positiver Stimmung vor einer Mahlzeitsituation bei Personen mit BN/BED mittels motivierendem Video. Die Massnahme könnte theoretisch von einer ET wiederholt werden, wenn der Einsatz von kompensatorischen Strategien geübt wird. Eine Ergotherapeutin würde jedoch ziemlich sicher versuchen, individuell mit dem Klienten / der Klientin herauszufinden, was individuell positive Stimmung auslöst. Dies müsste vermutlich nicht zwingend durch ein Video geschehen.</p> <p>Alle Probandinnen und Probanden wurden am Nachmittag zwischen 16 und 18 Uhr im Labor getestet. Sie wurden gebeten, zwei Stunden vorher nichts mehr zu essen. Bevor mit dem Experiment begonnen wurde, wurde mit Hilfe einer VAS-Skala der aktuelle Hunger-Level erhoben. In der ersten Sitzung füllten die Probandinnen zunächst einen demographischen Fragebogen und den EDEQ aus.</p> <p>Der Rest der beiden Sitzungen lief immer gleich ab: Zunächst wurden die Versuchsteilnehmenden dem Versuchessen ausgesetzt. Es wird nicht genau beschrieben, wie dies geschah – vermutlich standen die Nahrungsmittel in Reichweite in den Porzellanschalen. Sie wurden dann gebeten, einen Videoclip anzuschauen, welcher Personen dabei zeigt, wie sie wohlschmeckendes Essen zu sich nehmen, was in den Probanden Food Craving auslösen sollte. Im Anschluss an den Videoclip füllten sie den FCQ-S und die VAS zur momentanen negativen Stimmung aus. Die Probandinnen wurden dann für 15 Minuten im Raum allein gelassen und instruiert, sich den positiven / neutralen Vodcast anzuschauen und dabei die Nahrungsmittel zu verköstigen und zu bewerten. Der positive Vodcast enthielt positive, klassische Musik (Kindersinfonie, Mozart) und gesprochene Statements, welche positive Stimmung auslösen sollen. Der neutrale Vodcast wurde mit klassischer Musik (Neptun, der Mystiker, Holst) untermalt und enthielt neutrale Aussagen. Es wird erklärt, dass diese Aussagen aus einem bekannten Prozedere nach Velten (1968) stammen, es werden jedoch keine Beispiele für positive oder negative Statements erwähnt und es wird ebenfalls nicht beschrieben, welche Bilder im Video zu sehen sind und ob sich das Material visuell</p>	

	<p>unterscheidet. Auch stellt sich die Frage, wie die Musik ausgewählt wurde. Es wird keine Evidenz dazu angegeben, dass die gewählten Musikstücke die ihnen zugeschriebene Stimmung bei einer Mehrheit der Menschen auslöst. Im Anschluss werden noch einmal mittels FCQ-S und VAS Food Craving und negative Stimmung erhoben.</p> <p>Es wird nicht beschrieben, wer die Versuchsleitung hatte, ob es sich immer um dieselbe oder ständig wechselnde Personen handelte. Auch weiss man nicht, in welchem Abstand die beiden Sessions erfolgten: wurden sie am selben Nachmittag gleich nacheinander durchgeführt? Oder lag eine Woche Abstand dazwischen? Je nach dem könnte dies die Nahrungsmenge beeinflussen, welche von den Versuchsteilnehmerinnen verzehrt wird. Auch hatten sie – je nach dem, ob / wie viel Zeit, dazwischen liegt – Gelegenheit, miteinander über den Versuch zu sprechen. Dabei könnte ihnen aufgefallen sein, dass es vielleicht nicht um die Verköstigung geht, was ihr Verhalten in der nächsten Sitzung beeinflusst haben könnte. Aufgrund der fehlenden Angabe zur zeitlichen Versetzung der Sitzungen ist nicht sicher, ob es zu Kontaminationen kommen konnte.</p> <p>Ko-Interventionen wurden nicht vermieden. Es wurde bspw. angegeben, dass sich unter den Studienteilnehmerinnen auch Personen befanden, welche Psychopharmaka einnahmen und solche, die komorbid unter Depressionen leiden. Es kann sein, dass diese Personen sich auch anderweitig in Behandlung befinden und sich deswegen bessere Resultate erzielen, weil sie solche Strategien schon kennen. Da aber jede Person nur mit sich selbst verglichen wird, ist dies nicht problematisch / entfällt.</p>
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p>Ja Nein entfällt nicht angegeben</p> <p>Ware(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Manipulation Check: negative mood VAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das linear gemischte Effektmmodell zeigt einen signifikanten Haupteffekt der Versuchsbedingung auf die negative Stimmung: Personen in der neutralen Versuchsbedingung zeigen über die Zeitpunkte mehr negative Stimmung als die Personen in der positiven Versuchsbedingung. - Post hoc Testungen zeigen, dass Probandinnen nach dem Podcast in der positiven Versuchsbedingung ($t(83) = -2.74, p = 0,008$) weniger negative Stimmung berichteten. In der neutralen Versuchsbedingung gab es keinen Unterschied. Ebenfalls gab es vor dem Podcast keinen Unterschied <p>Kalorienaufnahme Testmahlzeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signifikanter Unterschied zwischen den Versuchsbedingungen: Versuchsteilnehmerinnen in der positiven Podcast Bedingung essen weniger Kalorien als jene in der neutralen Podcast Bedingung. Die Effekte der

<p>Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p>Ja Nein</p>	<p>Bedingung bleiben signifikant, auch wenn die Baseline-Stimmung kontrolliert wird.</p> <p>Wunsch zu Essen / Antizipation von Erleichterung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bzgl. «Wunsch nach Essen» ergibt sich ein signifikanter Haupteffekt in Abhängigkeit zur Versuchsbedingung: Die Probandinnen berichteten signifikant häufiger «Wunsch nach Essen» in der neutralen Versuchsbedingung - Vor dem Vodcast zeigten beide Versuchsgruppen mehr Antizipation von Erleichterung als nach dem Vodcast. <p>Die Analysemethode – ein linear gemischtes Modell – ist geeignet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle statistischen Analysen wurden in R mit lme4-Packet durchgeführt. - Überprüfung, ob die Stimmung manipuliert werden konnte: Gemischte Lineare Effektmodell: Zeit (vor/nach Vodcast) x Versuchsbedingung (positiver/neutraler Vodcast) - Effekt von positivem Vodcast auf konsumierte Kalorienmenge: Gemischt Lineares Effektmodell mit der Versuchsbedingung als fixed effects Prädiktor und einem zufälligen Schnittpunkt - Einfluss von positivem Vodcast auf FCQ-S (Wunsch, zu essen und Antizipation von Erleichterung als a priori ausgewählte Subskalen): gemischt lineares Effektmodell mit Versuchsbedingung und Zeit als fixed effects mit einem zufälligen Schnittpunkt. - Freiheitsgrade wurden mit Satterthwaite-Approximation gemessen. - Post hoc pairwise tests → reports the effective Freiheitsgrade der Stichprobenvarianz, was der Welch-Satterthwaite Gleichung entspricht. <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen den Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Negative Stimmung lässt sich mit einer kurzen (15min) Intervention (positive Statements, Musik) reduzieren. Positive Stimmung hat bei Personen mit BED / BN einen protektiven Effekt auf Essattacken. Effektstärken wurden nicht angegeben.</p> <p>Die klinischen Gruppen wurden aufgrund der zu geringen Stichprobengröße der BED-Probandinnen korrekterweise nicht verglichen. Deshalb ist zu den Unterschieden keine Aussage möglich.</p>
---	---

	<p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Keine Drop-Outs.</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p>Ja Nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welche waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Der positive Vodcast führte zu signifikant weniger negativer Stimmung und zu geringerer Kalorienaufnahme als der neutrale Vodcast. Auf den Wunsch, zu essen und die Antizipation von Erleichterung hatte der Vodcast keinen Einfluss.</p> <p>Es scheint tatsächlich, wie in der Forschungsliteratur vermutet, Unterschiede zu geben bezüglich des Effekts von positiver Stimmung auf hedonistisches Essverhalten: Während bei gesunden Stichproben positive Stimmung eher zu einer vermehrten Kalorienaufnahme führt, hat sie bei Personen mit BED / BN einen hemmenden Effekt. Die Autoren ziehen mögliche Erklärungen heran: Positive Emotionen erhöhen die Verfügbarkeit von momentanen Gedanken-Aktionen Repertoires und reduzieren gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit, dass vorbestehende, kontraproduktive Verhaltensweisen getriggert werden. Diese Erklärung müsste aber noch getestet werden.</p> <p>Implikationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Momentane Behandlungsformen für Betroffene, welche unter Essattacken leiden, sind nur für eine Subgruppe nützlich und weitere Behandlungsformen sind nötig. Die Studie zeigt, dass Techniken, die positive Stimmung herbeiführen, die Wahrscheinlichkeit von hedonistischem Essverhalten bei dieser Klientengruppe reduzieren kann. - Die Aussagekraft von Studien könnte grösser werden, wenn in weiteren Untersuchungen persönlich relevante Nahrungsmittel verköstigt würden - Das momentane Food Craving könnte mittels VAS oder physiologischen Messungen erhoben werden - Der Einfluss von personalisierten Interventionen zur Erhöhung positiver Stimmung sollte im Alltag getestet werden (bspw., indem moderne neue Technologien (Smartphones, Apps genutzt werden) – hier sehen die Autoren der Studie grosses Potential. - Die Untersuchung von Effekten wiederholten Auslösens positiver Emotionen in grösseren Langzeitstudien von BED- und BN-Betroffenen wird empfohlen, um die Nützlichkeit von Interventionen, welche positive Stimmung erzeugen, in der Behandlung zu untermauern.

	Limitationen <ul style="list-style-type: none"> - Geringe Stichprobengrösse, im speziellen die Anzahl der Individuen mit BED – dies machte es unmöglich, einen statistischen Vergleich zwischen den Gruppen durchzuführen - Es wurden nur Frauen untersucht, was die Generalisierbarkeit einschränkt - Die durchschnittliche Krankheitsdauer lag zwischen 5,31 Jahren (Frauen mit BN) und 3,29 Jahren (Frauen mit BED) – es ist nicht sicher, ob die Resultate auch auf Personen übertragen werden können, welche schon länger an Essstörungen leiden. - Obwohl die FCQ-S erhoben wurde, wurde nicht erhoben, ob Food Craving bei den Probanden ausgelöst werden konnte - Positive Stimmung wurde nicht direkt gemessen, nur die Reduktion negativer Stimmung
--	---

C.4 Hauptstudie 4

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998
McMaster-Universität

TITEL: Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders.

(Gísladóttir M. & Svavarsdóttir E. K., 2011)

ZWECK DER STUDIE Wurde der Zweck klar angegeben? Ja Nein	Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage? Das Ziel dieser Studie war es, eine schulende und unterstützende Intervention für Angehörige von Menschen mit einer Essstörung zu entwickeln und deren Wirksamkeit zu testen. Durch das Unterstützen der Familienangehörigen sollen diese befähigt werden, beim Genesungsprozess der von Essstörungen betroffenen Menschen zu helfen. Durchgeführt wurde die Studie im Rahmen einer Masterarbeit in den Pflegewissenschaften in Island. Zwei Forschungshypothesen wurden aufgestellt. (1) Nach der Intervention wird bei den Familienmitgliedern ein signifikanter Unterschied bezüglich der emotionalen Reaktion, der Aufdringlichkeit, der Toleranz / Erwartung,
---	--

	<p>dem Verständnis von Essstörungen, Vorwürfen und der übermässigen emotionalen Involviertheit messbar sein.</p> <p>(2) Das Essverhalten der Patienten wird sich verbessern: Die Familienmitglieder werden signifikant weniger destruktives Verhalten bezüglich Gewicht, Essen und Problemvermeidung beobachten. Zudem wird sich bulimisches Verhalten und die Hyperaktivität bei der erkrankten Person massgeblich reduzieren.</p> <p>Die Studie bezieht sich nicht auf die Ergotherapie, untersucht aber eine Intervention unter anderem mit dem Outcome «gesundes Essverhalten» und ist somit relevant für unsere Forschungsfrage. Es handelt sich um eine Pflegestudie, die Intervention wird von Pflegefachpersonen angeleitet. Genauso gut könnte diese Aufgabe aus Sicht der Verfasserinnen von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen übernommen werden, je nachdem wie die Institution aufgestellt ist. Angehörigenarbeit hat in der Ergotherapie einen wichtigen Stellenwert, da der Klient ganzheitlich innerhalb seiner Umwelt erfasst wird. Ein solch edukativ- unterstützender Ansatz passt somit gut ins Berufsverständnis von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.</p>
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</p> <p>Ja Nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde. Die in skandinavischen Ländern, Deutschland, UK und den USA empfohlene Behandlung von Essstörungen sieht die folgenden Punkte vor: Unterstützung beim Aufbau von normalen Essmustern, bei Untergewicht eine Gewichtszunahme, Schulungen, Leidensminderung sowie die Unterstützung von Familienangehörigen. Es werden diverse frühere Autoren zitiert, welche die Notwendigkeit von Interventionen zur Unterstützung von Angehörigen aufzeigen. Entgegen früherer Annahmen sind bestimmte, destruktive Familieninteraktionsmuster nicht ursächlich für die Essstörung, sondern eine Folge der Erkrankung. Angehörige sind in entscheidenden Schlüsselpositionen, wenn es um die Genesung von erkrankten Menschen geht. Schulende und unterstützende Gruppen mit Familienangehörigen können das Gefühl von Isolation und Schuld lindern, den Stress und die getragene psychische Last reduzieren und Hoffnung vermitteln. Auch für die Betroffenen selbst ist der Einbezug ihrer Angehörigen ein wichtiges Glied der Behandlungskette, da sich dadurch die Zahl der Rückfälle reduzieren lässt und sich alle gegenseitige Unterstützung geben können. Es wird das ausdrückliche Bedürfnis von Eltern beschrieben, in ihrem emotionalen Leiden durch Fachpersonen unterstützt zu werden. Pflegefachpersonen und anderen Berufsgruppen kommt hierbei die Rolle zu, das Leiden aller Beteiligten anzuerkennen, sie zur Reflexion der eigenen Erfahrungen anzuregen und Hoffnung auf Besserung zu vermitteln.</p> <p>Trotz all dieses Hintergrundwissens gibt es laut den Autoren dieser Studie eine grosse Wissenslücke hinsichtlich der Art und</p>

	<p>Weise, wie genau Fachpersonen betroffene Familien als wertvolle Genesungshelfer unterstützen und befähigen können. Somit ist die Notwendigkeit der vorliegenden Studie fundiert dargelegt.</p> <p>Das Calgary Family Intervention Model (CFIM) wurde als theoretischer Bezugsrahmen herangezogen. Dies aus dem Grund, weil damit in der Pflegeliteratur bereits gut wirksame Interventionen für Familien, welche von chronischen psychischen Krankheiten betroffen sind, beschrieben werden. Das Modell besteht aus vier Stufen: Engagement, Assessment, Intervention und Abschluss. Die genauen Inhalte der Unterpunkte sind der Studie zu entnehmen.</p>
<p>DESIGN</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) ○ Kohortenstudie ○ Einzelfall-Design <p>Vorher-Nachher-Design</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fall-Kontroll-Studie ○ Querschnittstudie ○ Fallstudie 	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (Outcomes), auf ethische Aspekte)? Die Autoren haben das Vorher-Nachher-Design gewählt. Dieses Forschungsdesign wird gewöhnlich zur Beurteilung der Behandlungswirkungen bei einer Gruppe von Klienten eingesetzt. Da die Forschenden ihre Messungen einmal vor und einmal nach der Behandlungssequenz durchführten und die Hypothesen ebenfalls die Auswirkungen der Intervention betrafen, passt das Vorher- Nachher-Design. Eine Stärke dieses Designs ist, dass niemandem die Behandlung vorenthalten wird. Gleichzeitig ist dieses Fehlen einer Kontrollgruppe eine Schwäche, da somit unmöglich zu beurteilen ist, ob allein die Behandlung für die Veränderung verantwortlich war oder diese auf andere Einflussfaktoren zurückzuführen ist.</p> <p>Aussagekräftiger bezüglich der Wirksamkeit der Intervention wäre ein Studiendesign mit einer Kontrollgruppe und Kontrollintervention gewesen. Ethisch wäre dies allerdings fragwürdig, da dann nicht alle von der besten verfügbaren Evidenz profitieren könnten.</p> <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, Bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Freiwillige/ Überweiser: Es nahmen nur solche Personen an der Studie teil, deren erkranktes Familienmitglied die Kontaktierung erlaubte und die sich zudem für diesen Mehraufwand motivieren liessen. Dieser Systematische Fehler begünstigt den Outcome, weil tendenziell also jene teilnahmen, die mehr in die Genesung zu investieren bereit waren.</p> <p>Jahreszeit: Alle Teilnehmer trafen sich für eine erste Sitzung im November 2005. Im Dezember desselben Jahres war bereits die letzte der insgesamt vier Sitzungen. Somit fand die gesamte Intervention im Winter statt. Tendenzuell sind Menschen im Winter energieloser und haben mehr depressive Symptome. Dies könnte einerseits wegen höherem Leidensdruck zu mehr Teilnehmenden</p>

	<p>oder andererseits aufgrund von mangelndem Antrieb zu weniger Zusagen geführt haben. Sicherlich wäre es sinnvoll, die Intervention entweder über einen längeren Zeitraum oder mehrere kurze Blöcke anzubieten, um eine klarere Aussage zur Wirksamkeit der Intervention machen zu können.</p> <p>Alles Studienteilnehmer und Teilnehmerinnen kannten den Zweck der Studie. Dies birgt das Risiko, dass die Teilnehmenden tendenziell günstigere Antworten gaben oder bemühter waren, gute Leistungen zu zeigen wegen der Aufmerksamkeit, die ihnen erteilt wurde. Dies begünstigt den Outcome.</p> <p>Oft erinnern sich Menschen an positive, Zuversicht vermittelnde Dinge eher als an negative. Da hier die Messungen auf den Angaben der Studiensubjekte beruhen könnte der Outcome wegen diesem Effekt besser sein als er tatsächlich ist.</p> <p>Die Behandlungsdauer ist kurz. Eine deutlichere Wirkung würde sich vielleicht erst später zeigen.</p> <p>Ort der Behandlung war ambulant. Es handelte sich um das Institute of Nursing Research an der Universität von Island, Fakultät der Pflegewissenschaft. Die Ergebnisse sind somit nicht 1:1 auf stationäre oder domizile Angebote übertragbar. Positiv ist, dass der Ort für alle derselbe war.</p> <p>Die Intervention wurde von drei verschiedenen Pflegefachpersonen (zwei davon Untersuchungsleitung) durchgeführt. Dies birgt das Risiko, dass die eine Person motivierter oder positiver ist als eine andere. Es wird nicht angegeben, ob die drei Pflegerinnen durch die Gruppen rotierten oder jemand immer bei derselben Kleingruppe blieben. Dies ist ein möglicher systematischer Fehler.</p> <p>Ausserdem wurde beschrieben, dass die Untersuchungsleitung gleichzeitig die behandelnden Pflegefachpersonen der Patienten war, welche die Angehörigen zur Studienteilnahme eingeladen haben. Es wird jedoch nicht beschrieben, ob alle Teilnehmenden dann zufällig den 3 Forschenden für die Gruppen zugeordnet wurden oder nicht. Es könnte also sein, dass einige Teilnehmende schon eine Beziehung zu den Versuchsleitenden hatten und andere nicht, was je nach Beziehung einen Einfluss auf die Motivation / Kooperation haben kann.</p>
<p>STICHPROBE N= 21</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p>Ja Nein</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich? Es gibt in dieser Studie nur eine Gruppe. Diese Behandlungsgruppe setzt sich aus 21 Familienangehörigen von Personen, die wegen einer Essstörung in klinischer Behandlung waren, zusammen. Dies waren 10 Elternteile, zwei Geschwister über 18 Jahre und drei Partner. Die Klienten mit Essstörungen waren allesamt Frauen zwischen 15-31 Jahre, mit einem Durchschnittsalter von 21. 57% hatte die</p>

<p>Wurde die Stichprobengrösse begründet?</p> <p>Ja Nein entfällt</p>	<p>Diagnose BN, 19% AN und 10 % EDNOS. Von dieser letzten Gruppe gaben 14% nicht an, welche Art von Essstörung sie hatten und wurden deshalb zu dieser Gruppe hinzugezählt.</p> <p>Von zwei Klientinnen kamen drei Familienmitglieder (Mutter, Vater, Geschwister), von drei Klientinnen kamen beide Elternteile und von neun Klientinnen kam ein Familienmitglied (Mutter oder Partner).</p> <p>Das Bildungsniveau der Teilnehmenden wird angegeben: 19% Grundschule, 9% Mittelschule, Maturität, 28% andere Form von höherer Schule, 30% mit Handels-, Technischer oder Mechanischer Ausbildung, 15% Universitätsabschluss</p> <p>Die Arbeitssituation der Teilnehmenden wird angegeben: 81% mit Vollzeitstelle, 14% mit Teilzeitstelle, 5% arbeitslos</p> <p>Die Partner werden hier noch separat aufgeführt: 61% mit Vollzeitstelle, 10% mit Vollzeitstelle plus zusätzlicher Beschäftigung, 5% mit Teilzeitstelle und 10% arbeitslos</p> <p>Für die Intervention wurden die Angehörigen in Kleingruppen von 6-8 Personen unterteilt.</p> <p>Es wurde nicht beschrieben, dass eine Stichprobenkalkulation durchgeführt wurde. Die resultierte, eher kleine Zahl ergab sich zufällig und wird von den Forschenden zum Ende der Studie auch als Limitation angegeben.</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt? Vorerst wurden die Klientinnen angefragt, ob Familienangehörige für die Teilnahme an dieser Intervention und gleichzeitig der Studie angefragt werden durften. Danach wurde die Erlaubnis des Ethical Review Board und des Direktors des LUH eingeholt. Als diese gegeben war, kontaktierten die Forschenden die potenziellen Teilnehmenden per Telefon. Jene, welche Interesse an einer Teilnahme bekundeten, erhielten eine genauere Erklärung der Studie, deren Zweck, Ziel, Kriterien für die Selektion der Teilnehmenden und die Idee hinter der schulenden und unterstützenden Intervention für Angehörige. Schliesslich unterzeichneten alle, welche an der ersten Einheit teilnahmen, das Formular der wohlinformierten Zustimmung.</p>
<p>Ergebnisse (Outcomes)</p> <p>Waren die Outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p>Ja Nein</p>	<p>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtungen (pre-, post- follow up)).</p> <p>1x vorher, 1x nachher</p> <p>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit</p> <p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p>

<p>teilweise nicht angegeben</p> <p>Waren die Outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p>	<p>1) LEE mit vier Subskalen - zur Überprüfung der Hypothese (1):</p> <ul style="list-style-type: none"> * Aufdringlichkeit (Cronbachs Alpha = 0.78) * Emotionale Reaktion (Wärme oder Ablehnung) * Krankheitsverständnis * Toleranz / Erwartung <p>2) FQ, Messung von emotionaler Reaktion mit zwei Subskalen - zur Überprüfung der Hypothese (1):</p> <ul style="list-style-type: none"> * Kritik (Cronbachs Alpha: 0.78) * Emotionale Überinvolviertheit (Cronbachs Alpha: 0.86) <p>3) ABOS zur Messung der spezifischen Essstörungssymptomatik mit drei Subskalen - zur Überprüfung der Hypothese (2):</p> <ul style="list-style-type: none"> * Essverhalten, Beschäftigung/ Sorge bezogen auf Gewicht und Nahrung, Vermeidungsverhalten (Cronbachs Alpha: 0.69) * bulimisches Verhalten (Cronbachs Alpha: 0.60) * Hyperaktivität (Cronbachs Alpha: 0.56) <p>4) Demographische Variablen / Zufriedenheit mit dem Inhalt der Interventionen</p>	<p>1) LEE questionnaire (level of expressed emotion scale questionnaire). Selbsteinschätzung. 60 Fragen, Antwortoptionen: richtig / falsch. Reliabilität konnte in Island nur für die Subskala «Aufdringlichkeit » getestet werden</p> <p>2) FQ (family questionnaire). Selbsteinschätzung. 20 Items, 4 Antwortoptionen auf einer Likert-Skala. Reliabilität wurde überprüft.</p> <p>3) ABOS (anorectic behavior observation scale questionnaire). Fremdeinschätzungsbogen. Angehörige schätzen 30 Items zu krankheitsspezifischen Verhaltensweisen der Betroffenen mit den 3 Antwortoptionen «ja», «nein» oder «ich weiss es nicht» ein.</p> <p>4) Eigens angefertigter Fragebogen. 5-stufige Likert-Skala: nicht hilfreich bis sehr hilfreich.</p>
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben entfällt</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden? Die Interventionen wurden von den zwei Forscherinnen sowie einer auf Familien spezialisierte PhD Pflegekraft durchgeführt. Das Programm bestand aus vier Treffen. Wie lange diese jeweils waren, wird nicht angegeben. Zwischen den Treffen gab es Hausaufgaben. Die Kleingruppen bestanden aus 6-8 Teilnehmer wobei Einzelne wegen zeitlichen Ressourcen nicht immer an derselben Kleingruppe teilnahmen.</p> <p>Die schulende und unterstützende Intervention für Familien bestand aus Edukation, praktischen Aufgaben während und zwischen den Sitzungen sowie reflexiven Gesprächen. In Tabelle 3 werden die Inhalte dieser Phasen detailliert beschrieben. Beispielsweise wurden die Teilnehmenden über die Symptome,</p>	

<p>Wurden gleichzeitig weitere Massnahmen (Ko-Interventionen) vermieden?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben entfällt</p>	<p>mögliche Ursachen und Prognose von Essstörungen aufgeklärt. Die Schlüsselrolle von angemessen unterstützenden Bezugspersonen auf dem Rehabilitationsweg wurde hervorgehoben. Der Austausch und die Auseinandersetzung mit der Erkrankung wurden in Diskussionen angeregt, um negativ aufgeladenen Interaktionen zu reduzieren, Spannungen zu lösen, beziehungsweise psychische Verletzungen heilen beginnen zu lassen. Ziel waren Veränderungen auf affektiver, kognitiver und Verhaltensebene.</p> <p>Ein für die Ergotherapie besonders interessanter Bestandteil der Intervention war die Aufgabe an die Familie, eine gemeinsame Betätigung wieder auszuführen. Dies konnte beispielsweise ein Besuch in einem Café, ein Kartenspiel oder eine sonstige, der Familie von vor der Erkrankung wichtige Aktivität sein. Durch das gemeinsame Tun könnte aus Sicht der Verfasserinnen ein Stück Normalität gemeinsam wiedererlebt werden. Auch wurden die Angehörigen dazu aufgefordert, sich hin und wieder eine Auszeit von der Rolle als betreuendem Angehörigen zu nehmen und Tätigkeiten auszuführen, die für sie selbst wichtig sind. Die Familienangehörigen lernten in der Intervention auch, die Krankheit von der Person zu trennen.</p>
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p>Ja Nein entfällt nicht angegeben</p> <p>Ware(en) die Analysemethoden(n) geeignet?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p>Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt? Die Daten wurden von einem Statistiker des Instituts für Sozialwissenschaften der Universität Island analysiert. Das Signifikanzniveau wurde auf $p = 0,05$ festgelegt. Es wurde mit dem Statistik-Programm SPSS gearbeitet und t-Tests für abhängige Stichproben wurden durchgeführt. Die Assessments wurden jeweils von derselben Person vor und nach der Intervention ausgefüllt. Zur Erhebung der Zufriedenheit mit der Intervention und den Hintergrundinformationen zu den Teilnehmenden wurden deskriptive Analysen angefertigt.</p> <p>* Überprüfung der Hypothese (1) LEE: Die Subskala Krankheitsverständnis zeigte eine statistische Signifikanz. $[t(15) = 2,78, p = 0,014]$</p> <p>Die Subskala für Emotionale Reaktion war nicht statistisch signifikant. $[t(9) = -0,133, p = 0,897]$</p> <p>Die Subskala für Aufdringlichkeit war nicht statistisch signifikant. $[t(13) = 0,147, p = 0,885]$</p> <p>Die Subskala für Toleranz war nicht statistisch signifikant. $[t(12) = 1,07, p = 0,304]$</p> <p>FQ: Die Subskala für Kritik war nicht statistisch signifikant. $[t(17) = 0,311, p = 0,759]$</p>

<p>Ja Nein</p>	<p>Die Subskala für Emotionale Überidentifikation war nicht statistisch signifikant. [t(17)= 0,342,p=0,736]</p> <p>*Überprüfung der Hypothese (2) ABOS: Die Subskala für verbessertes Essverhalten zeigte statistische Signifikanz. [t(18)= 3,181,p=0,005]</p> <p>Die Subskala für bulimisches Verhalten war nicht statistisch signifikant. [t(18)= 0,812,p=0,427]</p> <p>Die Subskala für Hyperaktivität war nicht statistisch signifikant. [t(18)= 1,372,p=0,187]</p> <p>Kritik: Es stellt sich die Frage, ob ein t-Test überhaupt zulässig war (für LEE, FQ und ABOS), da intervallskalierte Daten bei einem Fragebogen mit einer "true/false"/"yes/no/don't know") Antwort schwerlich zu begründen sind. Ausserdem haben der Tabelle zufolge mehr als die Hälfte der Teilnehmenden den LEE nicht zu beiden Messzeitpunkten ausgefüllt (n=10 von 21 für "emotional response" - das einzige Resultat, das sich in diesem Fragebogen signifikant veränderte). Ausserdem sollten signifikante t-Tests ohne Stichprobenplanung nur dann interpretiert ... werden, wenn die Effektstärke berechnet wird. Diese wurde hier nicht angegeben.</p> <p>*Die Auswertung des Zufriedenheits- Fragebogens ergab folgende Ergebnisse:</p> <p>80-90% beschrieben den schulenden Teil als leicht verständlich, hilfreich und nützlich oder ziemlich leicht verständlich und ziemlich hilfreich.</p> <p>95% der Angehörigen beschrieben die Diskussionen innerhalb der Einheiten als nützlich und hilfreich oder als ziemlich nützlich und ziemlich hilfreich.</p> <p>Allgemein gaben die Familienmitglieder positive Rückmeldungen zu den Aufgaben.</p> <p>80-95% fanden die Aufgabe «<i>Schreiben Sie über die Erfahrung, Angehörige*r eines Menschen mit einer Essstörung zu sein</i>» am besten.</p> <p>Kritik: Es wurden hier immer zwei Kategorien zusammengekommen, so, dass es aufaddiert immer über 80% ergibt. Klingt positiver, als es möglicherweise ist. Es wäre interessant zu wissen, wie viele Prozent die Gruppen als nicht hilfreich erlebt haben. Wieso haben sie keine Tabelle gezeichnet? Nicht sehr vertrauenswürdig.</p>
----------------------------------	---

	<p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen den Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung? Es konnte aufgezeigt werden, dass durch diese Intervention, in der Edukation zu und Umgang mit den Krankheitsbildern wichtige Bestandteile waren, das Krankheitsverständnis der Angehörigen signifikant gesteigert werden konnte.</p> <p>Auch im beobachteten Essverhalten (weniger Sorgen und Beschäftigung mit Essen und Gewicht sowie weniger Verdrängung von Problemen) konnte eine signifikante Veränderung gemessen werden. Hier beschreiben die Autoren, dass sie nicht klar angeben können, welche Aspekte der Intervention (Edukation, praktische Aufgaben, Diskussionen) zu diesem Resultat führten. Sie geben als möglicher Erklärung an, dass grundsätzlich die gesteigerte Unterstützung der Familienmitglieder zu einer entspannteren Situation im Familiensystem führte und dies das Essverhalten der erkrankten Menschen positiv beeinflusste. Dies lässt sich anhand dieser Intervention jedoch nicht belegen.</p> <p>Dass ein solches Outcome in nur vier Wochen erzielt werden konnte, unterstützt diese Form der Intervention für diese Population. Denn es war bisher selten möglich, eine Linderung der Symptome bei Menschen mit einer Essstörung in solch kurzer Zeit zu erzielen.</p> <p>Diese Erkenntnisse sind wichtig, um die Pflegeforschung in diesem Bereich voranzutreiben. Neue Angebote in Gesundheitszentren, Tageskliniken und auch stationären Kliniken könnten dadurch unterstützt werden.</p> <p>Kritik: Die Autoren dürfen ihre Schlüsse nicht ziehen. Aufgrund des Studiendesigns ist es nicht zulässig, die Intervention als Ursache für die positive Veränderung der Messwerte zu nennen. Sie dürfen nur sagen, dass sich die Messwerte in eine positive Richtung verändert haben.</p> <p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?) Beschrieben ist, dass an der ersten Sitzung 24 Angehörige teilnahmen. Nach ersten Datenerfassungen schieden vier der Teilnehmenden aus. Begründet wird dies mit Verpflichtungen am Arbeitsplatz. An allen vier Sitzungen nahmen schliesslich 21 Angehörige teil. Da $24 - 4 = 20$ und nicht 21, bleibt unklar, wie diese Zahl zustande gekommen ist. Das Ausscheiden der Fälle wurde insofern angemessen gehandhabt als diese Daten von der Auswertung ausgeschlossen wurden.</p> <p>Aus der Tabelle der LEE-Werte geht hervor, dass jeweils zwischen 10-16 Teilnehmenden (von 21) die Fragen bearbeitet haben. Auf diese Fehlenden Daten wird nicht eingegangen. Es</p>
--	---

	<p>bleibt unklar, weshalb gerade dieser Fragebogen so eine schlechte "Ausfüllquote" hatte. Auch im ABOS und FQ fehlen die Daten von 2-3 Versuchspersonen.</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p>Ja Nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welche waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Die Autorenschaft kam zum Schluss, dass Familienmitglieder den Betroffenen zwar oft helfen wollen, jedoch nicht wissen wie, und selbst Unterstützung im Umgang mit dieser Krise benötigen. Die schulende und unterstützende Familienintervention impliziert eine positive Wechselwirkung zwischen Angehörigen und Betroffenen. Die Studie unterstreicht, dass es wichtig ist, in die Unterstützung von Angehörigen mit einer Essstörung zu investieren. Weitere Studien mit stichfesteren Designs werden empfohlen (Randomized Controlled Trial).</p> <p>Die Autorenschaft gibt folgende Limitationen an: Die kleine Versuchsgruppe (n=21). Zudem kamen die Forscherinnen über ihre Patientinnen zur Stichprobe. Die Stichprobe bestand aus jenen, die zustimmten, an der Studie teilzunehmen. Im Vorfeld wurden die einzelnen Patientinnen bereits unterschiedlich lange durch die Forscherinnen behandelt. Diejenigen, welche erst kurz zuvor gestartet hatten, konnten vermutlich weniger Fortschritte zeigen als jene, die schon ein gewisses Rehabilitationsniveau erreicht hatten. Das gewählte Studiendesign beinhaltet keine Kontrollgruppe und hat ein tiefes Evidenzlevel. Infolgedessen kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Veränderungen aufgrund der Zeit oder anderen Faktoren ausserhalb der Intervention zustande kamen. Die kurze Dauer der Intervention über lediglich vier Wochen wird ebenfalls als Limitation angegeben.</p> <p>Von den Verfasserinnen werden folgende Begrenzungen der Studie ergänzt: Es wird ausschliesslich die subjektive Wahrnehmung weniger Angehörigen erfasst. Es könnte beispielsweise sein, dass diese durch ihr gesteigertes Verständnis und Wohlwollen für das erkrankte Familienmitglied nun auch das beobachtete Essverhalten besser als vor der Intervention bewerteten. Auch könnten Motivationseffekte (siehe oben) eine Rolle spielen. Die Behandelnden sind gleichzeitig auch die Forschenden. Dies beinhaltet das Risiko mangelnder Objektivität.</p>

	<p>Auch in der Ergotherapie ist es wichtig, den Wert von Angehörigenarbeit hervorzuheben. Deshalb erscheinen die Ergebnisse auch für die Berufspraxis der Ergotherapie relevant. Eine schulende und unterstützende Intervention mit Familienangehörigen wäre auch im Rahmen der Ergotherapie denkbar. Allenfalls würde dann der Fokus noch mehr auf Handlungen, gemeinsame Betätigungen und Stärkung der Familienressourcen gesetzt werden.</p> <p>Es stellt sich den Verfasserinnen die Frage, inwiefern die genaue Erhebung und Dokumentation der Arbeit und des Bildungsniveaus relevant für das Outcome war.</p> <p>Die Auswahl des LEE questionnaires mit der Begründung, dass dieser bereits an Menschen mit Schizophrenien angewendet wurde ist fraglich, denn es erscheint den Verfasserinnen nicht selbsterklärend, ob ausreichend Übertragbarkeit auf Essstörungen gegeben ist.</p> <p>Es ist fraglich, dass keine Effektstärken der paired-t-Tests angegeben wurden. Viele Zahlen fehlen.</p>
--	--

C.5 Hauptstudie 5

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Wiestmorland, M., 1998
McMaster-Universität

TITEL: The St George's Eating Disorders Service Meal Preparation Group for Inpatients and Day Patients Pursuing Full Recovery: A Pilot Study.

Lock L., Williams H., Bamford B. & Lacey J. H. (2012)

Kommentare

ZWECK DER STUDIE Wurde der Zweck klar angegeben? Ja Nein	Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage? Das Ziel dieser Studie ist die Evaluation einer ergotherapeutischen Ess- und Kochgruppenintervention für erwachsene, stationäre und ambulante Patienten mit schweren Essstörungen. Es interessiert die Frage, ob diese Intervention wirksam ist, um Klienten beim Essen von selbst zubereiteten Mahlzeiten und dadurch bei der Aufrechterhaltung eines normalen Körpergewichts zu unterstützen. Es wurde keine Hypothesen beschrieben. Die Operationalisierung des Outcomes "gesundes Essverhalten" stimmt gut mit der Definition desselben der Verfasserinnen dieser Arbeit überein. In dieser Studie werden darunter die Fähigkeit und Motivation verstanden, Aufgaben zu erledigen, die das Einkaufen, Zubereiten und sozial angemessene Essen in Gemeinschaft beinhaltet. Ausserdem meint es auch die Fähigkeit, mit aufkommenden negativen Gefühlen während der Auseinandersetzung mit Nahrung konstruktiv umzugehen. Zudem wird das eigens für die Studie erstellte Assessment EMPSA evaluiert. Es handelt sich dabei um einen Selbsteinschätzungsfragebogen mit 12 Items auf zwei Subskalen (Motivation und Fähigkeit). Die 12 Items erfragen einerseits die subjektiv wahrgenommene Fähigkeit (auf einer Skala von 1-10), eine Koch- und Essaktivität (inkl. Planung, Einkauf etc.) durchzuführen. Andererseits wird mit derselben Skala die Motivation der Teilnehmenden erhoben, an der Gruppe teilzunehmen und sich den Herausforderungen zu stellen. Die Klienten und Klientinnen üben diese Aufgaben mit unterstützender Beratung einer Ergotherapeutin während mindestens zehn Einheiten.
LITERATUR Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet? Ja Nein	Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde. In der Einleitung wird eine Übersicht über die bisher vorhandene Literatur gegeben. Zunächst werden typische Probleme von Personen mit schweren Essstörungen beschrieben: Aufgrund limitierter Erfahrung mit dem Essen gesunder Mahlzeiten sind sie einem erhöhten Risiko von körperlicher Schädigung wie auch sozialer Isolation ausgesetzt. Betroffene Menschen zeigen

	<p>ungeeignetes Essverhalten, vermeiden soziale Esssituationen, sind nicht in der Lage, normale Portionen abzuschätzen, es fehlen Wissen und Fertigkeiten zum Kochen und/ oder es bestehen Schwierigkeiten beim Einkaufen von Nahrungsmitteln. Der Stress im Zusammenhang mit Essen wird in der Literatur mit den für Essstörungen typischen Symptomen wie Angst vor Gewichtszunahme, Überbewertung der Figur und des Körpergewichts, Perfektionismus und wahrgenommenem Kontrollverlust in Verbindung gebracht. Angst und verminderte Eigenkompetenz behindern die Motivation zur gesunden Selbstversorgung.</p> <p>Trotz des in der Literatur klar aufgezeigten Zusammenhangs zwischen verzerrten Kognitionen und gestörtem Essverhalten gibt es wenig Forschung, welche sich spezifisch auf kognitive Fertigkeiten wie beispielsweise Wissen zu gesunden Portionsgrößen und andere koch- und essensbezogenen Kompetenzen konzentriert. In der Literatur werden Interventionen zur Verbesserung des Essverhaltens, der Selbstwirksamkeit und der Selbstverantwortung, die Konfrontation mit gefürchteten Reizen (Nahrungsmitteln) im Rahmen einer Exposition sowie das durch Fachpersonen unterstützte Abbauen von restriktivem Essverhalten empfohlen. Die grosse Mehrheit der dokumentierten und wissenschaftlich untersuchten Interventionen sind jedoch nicht empirisch erhoben.</p> <p>De las Heras, Llerena und Kielhofner (2003) beschreiben zwar den sogenannten «Remotivation Process» demzufolge Klienten und Klientinnen durch praktisches koch- und essbezogenes Training befähigt werden sollen, sich von ihren verzerrten Grundsätzen und Gewohnheiten zu lösen und sich in Richtung vollständiger Genesung zu entwickeln. Allerdings gab es zum Zeitpunkt der Studienplanung weder eine genaue inhaltliche Beschreibung der Intervention noch empirisch unterstützte Evidenz dazu. In Anbetracht dieser Lücke ist die Notwendigkeit vorliegender Studie klar gerechtfertigt.</p> <p>Als «Referenzrahmen» resp. zugrundeliegende Modelle nennen die Forschenden das Model of Human Occupation (MOHO) und die kognitive Verhaltenstherapie (KVT).</p>
<p>DESIGN</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) ○ Kohortenstudie ○ Einzelfall-Design ○ Vorher-Nachher-Design ○ Fall-Kontroll-Studie ○ Querschnittstudie ○ Fallstudie 	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprechend dem Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Laut Autoren handelt es sich um eine naturalistische Kohortenstudie. Dieses Design ist hinsichtlich der spärlichen Forschungslage in diesem Gebiet jedoch passend gewählt. Es gab vor dieser Studie noch keine Pilotstudie. Ausserdem wäre es ethisch fragwürdig, eine Kontrollgruppe einzuführen, da im Studiensetting jede Person automatisch der Interventionsgruppe zugeteilt wird, wenn sie einen BMI von 20 erreicht und kurz vor dem Übertritt in ein Tagesprogramm steht. Das Design der Kohortenstudie ist ethisch gut vertretbar, da niemandem die Behandlung vorenthalten wird.</p> <p>Das interessierende Outcome ist die Wirksamkeit der Koch- und Essgruppen-Intervention bezüglich verbesserter Fähigkeit und Motivation der gestellten Aufgaben. Diese Variablen werden mit</p>

	<p>dem EMPSA Fragebogen erhoben. Der Fragebogen wurde eigens für diese Studie von den Forschenden selbst entwickelt und soll innerhalb der Studie validiert werden. Hier stellt sich möglicherweise das Problem mangelnder Objektivität, da verfassende und überprüfende dieselben Personen sind.</p>
	<p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Effektivität der Koch- und Essgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeit-Effekte: Es kann gut sein, dass die Veränderungen in Punkto «Fähigkeit» / «Motivation» des EMPSA schlicht durch das Zurückgehen der Erkrankungssymptome durch andere Behandlungen oder über die Zeit erklärbar ist. - mögliche Änderungen in der Gruppenzusammensetzung können auch zu systematischen Verzerrungen führen. Es kann bspw. sein, dass man sich und seine Motivation im Vergleich zu anderen sieht, und wenn besonders ambitionierte Personen in der Gruppe sind, Teilnehmende sich selbst im Vergleich als nicht so motiviert wahrnehmen, während sie sich noch vor einem Monat in einer anderen Gruppenzusammensetzung als sehr motiviert betrachteten. - Motivationseffekte: Es besteht bei beiden Gruppen das Risiko einer Verzerrung hinsichtlich der Aufmerksamkeit. Infolge der ihnen gewidmeten Aufmerksamkeit ist es denkbar, dass sie günstigere Antworten gaben, beziehungsweise bessere Leistungen zeigten als wenn sie den Zweck der Studie nicht gekannt hätten. <p>Validierung EMPSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es wurden alle Eintritte in die Koch- und Essgruppe gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollten. Die Teilnahme beruhte auf Freiwilligkeit. Voraussetzung war, einen BMI von 20 erreicht zu haben. Dies kann dazu führen, dass nur besonders motivierte Erkrankte teilnahmen, die bereits ein gutes Stück auf ihrem Genesungsweg vorangekommen sind, wodurch sie vermutlich nicht als repräsentativ für die Zielgruppe angesehen werden können. - Auch die Kontrollgruppe ist vermutlich nicht repräsentativ für die «Normbevölkerung». Sie wurden zwar Punkto Alter und Geschlecht der klinischen Stichprobe angepasst, es handelte sich hier jedoch ausschliesslich um Studierende von Gesundheitsberufen. Dies lässt vermuten, dass diejenigen die freiwillig den Fragebogen ausfüllten eher sensibilisiert auf gesundheitsrelevantes Koch- und Essverhalten sind und somit möglicherweise einen hohen Vergleichswert liefern. Dieser systematische Fehler begünstigt die Kontrollgruppe.

<p>STICHPROBE N= 27 (T1), 23 (T2 und T3) und 8 (T4)</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben? Ja Nein</p> <p>Wurde die Stichprobengrösse begründet? Ja Nein entfällt</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich? Die Probanden und Probandinnen waren Personen aus ganz England mit einer Essstörung (AN und BN), die sich im Zeitraum zwischen 2005-2007 zur Rehabilitation im St. George's Eating Disorders Service zur Genesung angemeldet haben. Diese kommen automatisch in die Koch- und Essgruppe und hatten dann die Wahl, an der Studie teilzunehmen oder nicht.</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BMI von 20 kg/m² während des Aufenthalts bis zur Teilnahme an der Gruppe erreicht haben und während der gesamten Behandlungsdauer halten. Begründung: Es sollte ein «erwachsenes» Körpergewicht erreicht sein, um «erwachsene» Entscheidungen bzgl. seines Essverhaltens fällen zu können und der Zustand so stabil sein, dass die Angst, an Gewicht zuzulegen, nicht die Angst vor Mahlzeitsituationen und – Zubereitung verschlimmert. - Mindestalter von 18 Jahren - Für vollständige Genesung angemeldet <p>Es wurde im Vorfeld keine Stichprobenkalkulation durchgeführt, die Anzahl der Teilnehmenden hat sich aufgrund der Umstände ergeben und variierte über den Untersuchungszeitraum stark.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durchschnittsalter: 25 Jahre - Geschlecht: 25 (92%) weiblich, 2 (7%) männlich - Diagnose: 21 (78%) AN, 6 (22%) BN (mittlere bis schwere Essstörungen) - Durchschnittlicher BMI zu T1 (bei Einweisung in die Klinik): 16.08 kg/m² - Kaukasier - Beschäftigungsgrad: 8 bezahlte Arbeit, 7 Studenten, 11 arbeitslos, 1 Vollzeitmutter <p>Kontrollstichprobe für die Validierung des EMPISA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wurden in Alter und Geschlecht möglichst an das klinische Sample angeglichen. - Durchschnittsalter: 27.5 Jahre - Geschlecht: 27 (96,4%) weiblich, 1 (3,7%) männlich - Durchschnittlicher BMI: 22.4 kg/m² <p>Die klinische Stichprobe unterscheidet sich bzgl. der beruflichen Beschäftigung stark von der Kontrollgruppe, die lediglich aus Studenten eines Gesundheitsberufes bestand.</p> <p>Auch ist nicht angegeben, ob sich die beiden Stichproben hinsichtlich des Alters- und der Geschlechterverteilung statistisch (nicht) unterscheiden. Es ist der Studie auch nicht zu entnehmen, inwiefern überprüft wurde, dass die Probandinnen und der Proband aus der nicht-klinischen Stichprobe wirklich nicht an einer Essstörung litten (kein SCID, kein EDE-Q, ...).</p>
---	--

	<p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Es wird beschrieben, dass die «ethische Zustimmung» eingeholt wurde – aber nicht, von wem (Institution? Jene der Teilnehmenden?). Die Teilnahme an der Studie beruhte auf Freiwilligkeit und es wurde von allen Probandinnen und Probanden das Einverständnis eingeholt, ihre Daten für die Studie zu verwenden. Es ist nicht angegeben, ob sie über den Zweck der Studie informiert wurden, also ob ihre Zustimmung wohlinformiert erfolgte. Daneben gab es eine nicht-klinische Kontrollgruppe von 28 Studierenden (Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie) welche einwilligten, den EMPSA- Fragebogen auszufüllen. Es geht aus der Beschreibung der Rekrutierung der Vergleichsgruppe nicht hervor, inwiefern sich diese Studierenden selbstständig meldeten oder spezifisch angefragt wurden und wieviel sie zum Inhalt der Studie wussten.</p>	
<p>Ergebnisse (Outcomes)</p> <p>Waren die Outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p>Ja</p> <p>Nein</p> <p>nicht angegeben</p> <p>Waren die Outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p>Ja</p> <p>Nein</p> <p>nicht angegeben</p>	<p>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtungen (pre-, post-, follow up)).</p> <p>Kontrollstichprobe zur Validierung des EMPSA: Einmalig</p> <p>Untersuchungsgruppe: T1 (vor Start der Gruppe, beim Eintrittsgespräch), T2 (nach 10 Einheiten in der Gruppe), T3 (nach der letzten Intervention), T4 (ein Jahr später/Follow-up)</p> <p>Die Reliabilität des Messinstruments wurde mit dem Cronbach's Alpha gemessen.</p> <p>Die Validität für die Masse ist nicht hinreichend gegeben da sie mit einem nichtstandardisierten, neuartigen Selbsteinschätzungsbogen erhoben wurden. Weitere Forschung dazu ist notwendig.</p>	
	<p>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit</p>	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p>
	<p>1) Selbstwirksamkeitserwartung (Selbstbild im Sinne von MOHO) bzgl. der eigenen Fähigkeiten, 12 Aufgaben, welche mit der Planung, dem Einkauf, Zubereitung und dem Verzehr von gekochten Mahlzeiten verbunden sind, durchführen zu können.</p> <p>1) Motivation, genannte Koch- und Essaufgaben auszuführen.</p> <p>2) BMI= Body Mass Index</p> <p>Da häufig mit Ängsten / kognitiven Verzerrungen vor /</p>	<p>1) Eating & Meal Preparation Skills Questionnaire (EMPSA)</p> <p>Eigens für diese Studie entwickeltes Instrument. Basis: Interviews und Fokusgruppen von Teilnehmenden der Koch- und Essgruppe. 12 Items in 2 Subskalen (Fähigkeit / Motivation), welche auf einer Skala von 0-10 bewertet und mit Kommentaren versehen werden können.</p>

	<p>bzgl. Nahrungsaufnahme und Nahrungsmitteln argumentiert wird, wäre vielleicht auch eine Messung dieser Ängste / Verzerrungen mit einem entsprechenden Assessment angezeigt gewesen.</p>	<p>Augenscheinvalidität* bei Teilnehmenden ist gegeben. Wird in dieser Studie validiert: Es werden sowohl für die klinische wie im nicht-klinische Stichprobe akzeptable – exzellente Werte für interne Konsistenz erzielt (Cronbachs Alpha, genaue Werte im Resultate-Teil angegeben).</p> <p>2) Es wird nicht näher auf die Messung eingegangen.</p>
<p>MASSNAHMEN Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben? Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden? Ja Nein nicht angegeben entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitig weitere Massnahmen (Ko-Interventionen) vermieden? Ja Nein nicht angegeben entfällt</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden? Vor Start der Gruppe wurde mit allen Teilnehmenden ein Eintrittsgespräch geführt, bei dem das EMPSA (T1) ausgefüllt und eine Liste mit gefürchteten Nahrungsmitteln erstellt wurde. Auf dieser Basis wurde gemeinsam mit der Ergotherapeutin Behandlungsziele festgelegt.</p> <p>Vorbereitungs- und Planungsphase -Menuplanung -Abschätzen Portionsgrösse -zu Beginn "sichere Menus" mit schrittweiser Steigerung der Herausforderung -Menus sollen zur individuellen Lebenssituation passen</p> <p>Zubereitungs- und Essinterventionen -Einstieg mit Befindlichkeitsrunde -Kochsequenz mit Überwachung vom Abwägen der Zutaten -therapeutisch wertvolle Herausforderungen, positives Feedback -25-45 Minuten zum essen -Ergotherapeutin als Rollenmodell für angemessenes Essverhalten</p> <p>Ausstiegsteil -Reflexion der Schwierigkeiten und Highlights -die verzerrten Kognitionen bezüglich Essen werden in Frage gestellt. -Veränderungen im Denken werden dadurch möglich</p> <p>Durchgeführt wurden die Interventionen von jeweils einer Ergotherapeutin mit maximal vier Teilnehmenden. Es ist nicht klar beschrieben ob es immer dieselbe Therapeutin pro Gruppe war oder abgewechselt wurde. Insgesamt waren vier Ergotherapeutinnen in die Studie involviert. Vier Klienten auf eine Therapeutin kann je nach Unterstützungsbedarf der Klienten zu viel für eine fundierte Begleitung der Einzelnen sein. Bei entsprechendem Rehabilitationsniveau kann es aber auch die Selbständigkeit und Interaktion unter den Teilnehmenden fördern. Die Intervention fand immer stationär in der Institution St.Georg statt.</p>	

	<p>Aus der Beschreibung geht nicht hervor ob die Gruppen parallel oder nacheinander liefen und ob die Teilnehmenden immer in derselben Gruppe waren oder nicht. Die Behandlungsfrequenz variierte pro Klient stark (zwischen 10 und 28).</p> <p>Es wird erwähnt, dass die Klienten auch noch andere Behandlungen erhielten und diese das Ergebnis potenziell beeinflusst haben. Welche Interventionen dies waren, bleibt jedoch unklar.</p>
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p>Ja</p> <p>Nein</p> <p>entfällt</p> <p>nicht angegeben</p> <p>Ware(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <p>Ja</p> <p>Nein</p> <p>nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p>Ja</p> <p>Nein</p> <p>nicht angegeben</p> <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Die statistische Signifikanz der Resultate ist angegeben. Die Autorinnen erläutern die Wahl ihrer Analysemethoden nicht, nennen sie jedoch kurz: für den Vergleich des EMPSA zwischen klinischer und nicht-klinischer Gruppe wurden t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Um die Behandlungsgruppe über die unterschiedlichen Messzeitpunkte hinweg zu vergleichen, wurden t-tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Diese Verfahren sind grundsätzlich dem Zweck der Fragestellung angemessen.</p> <p>Es ist nicht klar, ob die Autorinnen die Voraussetzungen zur Durchführung eines t-Tests für unabhängige und abhängige Stichproben überprüft haben: durch die Skalierung von 0-10 des EMPSA könnte man die Intervallskalierung der Daten annehmen, es wurde jedoch nicht geprüft, ob das Merkmal normalverteilt oder die Voraussetzung der Varianzhomogenität erfüllt ist. Es ist fragwürdig, ob die t-tests unter diesen Bedingungen durchgeführt werden dürfen, da n auch nicht grösser als 30 ist.</p> <p>Validierung des EMPSA</p> <p>Die Subskalen «Motivation» und «Ability» des EMPSA zeigten hohe interne Konsistenz in der klinischen Gruppe mit einem Cronbach's Alpha von 0,71 für Ability und 0,95 für Motivation. Für die nichtklinische Gruppe war dies ebenfalls hoch: Ability = 0,77, Motivation= 0,80.</p> <p>Der Wert für die Subskala Ability lag bei der nicht-klinischen Gruppe signifikant höher als bei der klinischen Gruppe ($p = 0.000$). Obwohl auch die Subskala für Motivation in der nicht-klinischen Gruppe höher war, war der Unterschied nicht statistisch signifikant ($p = 0,72$).</p> <p>Effektivität der Koch-/Essgruppe</p> <p><i>Subskala Ability:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zwischen T1 und T2 stieg der Wert signifikant [$t(21) = -5,8$, $p = 0,000$] - Zwischen T2 und T3 stieg der Wert signifikant [$t(17) = -5,7$, $p = 0,000$] - Zwischen T3 und T4 sank der Wert, jedoch nicht signifikant [$t(7) = 2,22$, $p = 0,062$] <p><i>Subskala Motivation:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zwischen T1 und T2 stieg der Wert, jedoch nicht signifikant [$t(21) = -0,98$, $p = 0,336$]

	<ul style="list-style-type: none"> - Zwischen T2 und T3 stieg der Wert signifikant [$t(18) = -4,1$, $p = 0,001$] - Zwischen T3 und T4 sank der Wert signifikant [$t(7) = 2,44$, $p = 0,045$] <p>Die Autorinnen geben an, dass die Werte zwischen der nicht-klinischen und der klinischen Gruppe nach einem Jahr vergleichbar gewesen seien. Diese beiden Scores wurden jedoch nicht mehr auf statistische Unterschiede überprüft. Die Aussage ist auch insofern problematisch, da im Follow-up nur noch 8 Teilnehmende dabei waren – das sind vielleicht die, welche besonders motiviert waren und bei denen es auch nach einem Jahr noch funktioniert hat.</p> <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen den Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>In der Diskussion wird die klinische Bedeutung der Ergebnisse angegeben, es werden jedoch keine Effektstärken berechnet / angegeben, was eine Aussage über die klinische Relevanz der Daten erschwert.</p> <p>Personen mit einer Essstörung unterscheiden sich bzgl. ihrer wahrgenommenen Fähigkeiten, alltagsbezogene Aufgaben rund um die Mahlzeitsituationen durchführen zu können, signifikant von einem nicht-klinischen Sample. Auch liegt ihre Motivation für das Übernehmen solcher Aufgaben bei Behandlungsbeginn tiefer als bei der Kontrollgruppe, wobei dieser Unterschied nicht signifikant ist. Dieser Unterschied ist klinisch bedeutsam, denn er unterstreicht die Notwendigkeit von Interventionen, in denen diese Fähigkeiten trainiert und realitätsnahe Erfahrungen gesammelt werden können.</p> <p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Vier Teilnehmende, zwei mit AN und zwei mit BN, schieden vollständig aus, da sie nicht am definierten Minimum von 10 Einheiten teilnahmen. Zwei weitere füllten den Abschlussfragebogen (T3) nicht aus, obwohl sie an ganzen 20 Einheiten teilnahmen. Hierfür wird keine Begründung angeführt. Deshalb wurden von ihnen nur die Daten der ersten 10 Einheiten für die Auswertung verwendet. Allerdings ist der Tabelle 2 bei T3 immer noch eine Teilnehmeranzahl von 23 zu entnehmen. Folgerichtig müssten das aber 21 sein. Angaben im Text und in der Tabelle stimmen nicht überein.</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welche waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Teilnehmende, welche mindestens 10 Sitzungen absolvierten, erzielten sowohl in der Ability- als auch in der Motivationsskala des EMPSA höhere Werte als vor den Interventionen. Da immerhin 4 von 27 Teilnehmenden es nicht schafften, 10 Sitzungen durchzustehen, scheint es den Autorinnen besonders wichtig, gut</p>

	<p>durch die stressige Anfangsphase zu begleiten. Sie schliessen, dass die Gruppenintervention die Teilnehmenden darin unterstützt hat, durch erfahrungsbasiertes Lernen und emotionale Unterstützung den Remotivations-Prozess (de las Heras et al., 2003) durchzumachen und dadurch Fähigkeit und Motivation, die Aufgaben auszuführen, zu erhöhen. Fazit der Studie ist, dass Patienten und Patientinnen mit moderaten bis schweren Essstörungen, welche bereits einen normalen BMI erreicht haben, in stationären und ambulanten Einrichtungen von einer mindestens 10 Sitzungen dauernden erfahrungsbasierten Koch- und Essgruppe profitieren können.</p> <p>Diese Schlüsse scheinen logisch, sind genau genommen jedoch nicht zulässig, da die Versuchsanordnung keine kausalen Schlüsse erlaubt. Die Ergebnisse könnten auch durch andere Faktoren erklärt werden (alternative Behandlungen, Maturitäts- und andere Zeiteffekte, unterschiedliche Übungshäufigkeit zu Hause). Die Behandlungsgruppe wurde ausserdem im Verlauf stetig kleiner und am Ende antworteten noch die acht von ursprünglich 27 Teilnehmenden, bei denen die Behandlung über lange Zeit finanziert wurde und/ oder die intrinsische Motivation und der Durchhaltewillen hoch waren. Was mit den Ausgeschiedenen passierte, wird nicht beschrieben. Die Ergebnisse sind bedingt auf andere Gruppen übertragbar.</p> <p>Das EMPSA wird als sinnvolles Assessment zur Erfassung der Betätigungseinschränkung sowie zur Verlaufsmessung genannt. Von den Autoren beschriebene Limitationen sind, dass zwei der Ergotherapeuten, welche die Interventionen leiteten, gleichzeitig zum Forschungsteam zählten, die Verwendung eines nichtstandartisierten Selbsteinschätzungs-Assessments sowie die Ko- Interventionen. Nichtsdestotrotz bewerten sie die Ergebnisse als vielversprechend und empfehlen weitere, grössere Studien. Weitere Forschung wird empfohlen, um die Wirksamkeit dieser Intervention bei Menschen mit einer Essstörung, welche noch einen tieferen BMI haben und sich noch auf einem tieferen Rehabilitationslevel befinden, zu testen. Diese Implikationen sind noch zu ergänzen mit Studien mit grösseren, diverseren Samples sowie Studiendesigns mit höheren Evidenzlevel und klinischen Kontrollgruppen wie beispielsweise RCTs. Auch das EMPSA sollte noch weiter untersucht und auf seine Validität hin getestet werden.</p>
--	---

C.6 Hauptstudie 6

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998

McMaster-Universität

TITEL: Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: a randomized controlled pilot study.

(Steinglass, Albano, Simpson, Wang, Zou, Attia & Walsh, 2014)

Kommentare

ZWECK DER STUDIE Wurde der Zweck klar angegeben? Ja Nein	Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage? Der Zweck der Studie wird explizit nur im Abstract angegeben, implizit natürlich auch in der Einleitung: Der Zweck war es, die Wirksamkeit der Exposition und Reaktionsverhinderung für AN (AN-ERP) als Zusatzbehandlung bezüglich einer Verbesserung des Essverhaltens während der Phase der Gewichtswiederherstellung kurz vor Entlassung aus dem stationären Setting zu untersuchen. Hierfür wird die AN-ERP mit einer anderen Behandlung, der kognitiven Remediationstherapie (KRT) verglichen. Es werden zwei Hypothesen aufgestellt: <ul style="list-style-type: none">• Eine kurze AN-ERP-Behandlung wird im Vergleich zu einer kurzen Behandlung mit KRT zu einer nachweislichen Verbesserung des Essverhaltens führen.• Personen, die eine AN-ERP-Behandlung erhalten, werden ihre essensbezogenen Ängste deutlich reduzieren. Die Reduktion der Ängste wird in Zusammenhang mit dem verbesserten Essverhalten (= erhöhte Kalorienaufnahme) stehen. Es handelt sich bei der AN-ERP zwar um eine psychotherapeutische Intervention – erweisen sich die Hypothesen aber als zutreffend, kann die Ergotherapie möglicherweise Grundsätze der AN-ERP in der Praxis nutzen, beispielsweise in der Leitung von Koch- und Essgruppen. In der Betätigungssituation zu sein und zusammen mit dem Klienten oder der Klientin herauszuarbeiten, welche Aspekte der Situation (Person / Umwelt / Aufgabe) Angst auslösen und wie damit umgegangen werden kann, wäre durchaus auch für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten denkbar. Die Studie untersucht das gewünschte Outcome (Essverhalten) bei der
---	--

	gewünschten Klientengruppe. Aus diesen Gründen ist sie für die Beantwortung der Fragestellung relevant.
LITERATUR Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet? Ja Nein	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Die relevante Hintergrundliteratur wird detailliert angegeben und beschrieben. Die Einleitung zieht gezielt auf die vorhandene Forschungslücke und.</p> <p>Maladaptives Essverhalten ist eine zentrale Komponente der AN: Betroffene unterwerfen sich dabei rigiden Essensregeln und Plänen. Förderlich zum Aufbau eines normalen Gewichts sind strukturierte verhaltensorientierte Massnahmen. Die Rückfallquote ist jedoch sehr hoch (30-50%) Es zeigt sich auch, dass das alleinige Verändern von Essgewohnheiten, von der Verbesserungen psychischer Symptome abgesehen, nicht viel verändert. AN-Betroffene leiden unter erhöhten Ängsten und verzerrten Vorstellungen in Bezug auf die Folgen, die die Nahrungsaufnahme mit sich bringt. Viele ihrer ritualisierten Verhaltensweise rund ums Essen dienen eigentlich dem Angst-Management. Aus diesen Erkenntnissen wird geschlossen, dass diese Ängste vielleicht ein wichtiger und bis anhin noch unterschätzter Ansatzpunkt für die Behandlung sein könnte. Das Forscherteam entwickelte darum eine Intervention, um genau diese essensbezogenen Ängste anzugehen: AN-ERP. Sie stellt eine Form der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) dar, welche häufig als Standardverfahren bei Personen mit AN eingesetzt wird und auch bei Angststörungen erfolgreich zum Einsatz kommt. Personen werden unterstützt, in angstbesetzte Situationen zu gehen, anstatt diese zu vermeiden. Sie können dort die Erfahrung machen, dass Ängste mit der Zeit abnehmen. Die Wirksamkeit dieser für Betroffene mit AN neu konzipierten Methode (sie wurde teilweise schon für Personen mit BN angewendet) sollte in dieser Studie untersucht werden.</p>
DESIGN <ul style="list-style-type: none"> ○ Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) ○ Kohortenstudie ○ Einzelfall-Design ○ Vorher-Nachher-Design ○ Fall-Kontroll-Studie ○ Querschnittstudie ○ Fallstudie 	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (Outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Als Studiendesign benennen die Autorinnen und Autoren ein 4-wöchiges RCT. Es sollen zwei Behandlungen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit hinsichtlich der Verbesserung des Essverhaltens miteinander verglichen werden. Die KRT dient hierbei als Kontrollgruppe, da sie auch speziell für die Behandlung von Menschen mit AN entwickelt wurde, jedoch mit einem anderen Fokus (Erhöhung der kognitiven Flexibilität). Bisher ist auch nicht bekannt, dass diese Therapie einen Einfluss auf das Essverhalten hat. Trotzdem konnte so auch der Kontrollgruppe eine zusätzliche, für sie geeignete Behandlung und die zusätzliche Begleitung durch einen weiteren Therapeuten</p>

	<p>angeboten werden, womit der Einsatz einer Kontrollgruppe ethisch vertretbar wird. (Ausserdem hatten alle Teilnehmenden nach Abschluss der Studie Gelegenheit, die Behandlungsgruppe zu wechseln und die alternative Behandlungsform für vier Wochen auszuprobieren). Das Design eignet sich daher zur Beantwortung der Fragestellung.</p>
	<p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, Bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Da sich alle Teilnehmenden im selben Spital zur Behandlung befanden, war es möglich, dass sie sich untereinander ausgetauscht haben (vor allem hinsichtlich der Angst-Edukation) - das ist unvermeidlich. Wenn dies stattgefunden hätte, wären die Unterschiede der Outcomes zwischen den Interventionen reduziert worden. Diese Limitation beschreibt das Forschungsteam selber.</p> <p>Die Therapeuten, welche die Untersuchung durchführten, waren gleichzeitig die Forscherinnen und Forscher der Studie. Sie waren gegenüber der Versuchsbedingung nicht blind. Das kann dazu führen, dass die Ergebnisse positiv verzerrt wurden.</p> <p>Auch die Probanden und Probandinnen kannten ihre Versuchsbedingung und Motivation könnte die Ergebnisse positiv wie negativ verzerren (dies wurde jedoch kontrolliert und kann ausgeschlossen werden).</p> <p>Die AN-ERP-Sitzungen waren doppelt so lange wie die KRT-Sitzungen. Die Teilnehmenden erhalten so mehr zusätzliche Therapie und damit Aufmerksamkeit, was dazu führen könnte, dass gefundene Unterschiede zwischen den Gruppen zugunsten der AN-ERP-Gruppe eher überschätzt werden.</p>
<p>STICHPROBE N = 32</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben? Ja Nein</p> <p>Wurde die Stichprobengrösse begründet? Ja Nein entfällt</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Ein- und Ausschlusskriterien werden angegeben, die Ausschlusskriterien werden genau begründet.</p> <p>Einschluss</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personen zwischen 16-45-jährig • Diagnose von AN bei Behandlungsantritt (Diagnose wurde mittels Durchführung von SCID (DSM-IV) und EDE bestätigt. <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andere Achse-1 Störungen, welche akut eine klinische Intervention verlangen würden oder akute Suizidalität • Zusätzliches Vorliegen einer Zwangsstörung (da die ERP für die Behandlung für genau solche Symptome entwickelt wurde) <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Altersdurchschnitt: 28 Jahre

	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlechterverteilung: 28 Frauen (93%), 2 Männer (7%) • Subtypus: Restriktiv (63%), Purging (37%) --> Hier unterschieden sich die Versuchsgruppen bzgl. Der Verteilung signifikant: in der KRT Gruppe gab es mehr Personen mit einer AN Subtyp Purging. • 30% erhielten Medikamente • 7% litten komorbid unter Depressionen, 23% eine Angststörung • Erkrankungsdauer bei Behandlungszeitpunkt: im Schnitt 10 Jahre <p>Alle Studienteilnehmenden wurden intensiv im stationären Setting des New York State Psychiatric Institute (NYSPI) behandelt. Sie wurden von dort für die Studie angefragt, sobald sie einen BMI von mehr als 18.5 kg/m² erreicht hatten. Die Begründung war, dass Patienten, die normales Körpergewicht erreichen, bald aus dem Spital entlassen werden und sich zeigt, dass Essverhalten in dieser Phase der Behandlung, die Gesundheit auf längere Sicht vorhersagt.</p> <p>Die Stichprobenauswahl wird in einem Flussdiagramm genau dargestellt inklusive Gründen für eine Nicht-Verfügbarkeit oder -Teilnahme. (Interessanterweise heisst es dort, dass 33 Personen randomisiert wurden, in den Untergruppen befinden sich jedoch zweimal 16 Personen, wovon wiederum je eine Person ausschied (siehe Dropouts)).</p> <p>Die Studienteilnehmenden wurden computer-generiert zufällig auf die beiden Versuchsbedingungen verteilt. Die Versuchsgruppen waren bis auf einen signifikanten Unterschied bzgl. der Verteilung der AN Subtypen (restriktiv/purging) ähnlich.</p> <p>Wurde die Stichprobengrösse begründet? Die Stichprobengrösse wurde nicht begründet. Es musste mit den Personen gearbeitet werden, die mit der korrekten Diagnose und den gewünschten Einschlusskriterien im Spital zur Behandlung waren und sich für eine Studienteilnahme zur Verfügung stellten.</p>
	<p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Das Ethik-Verfahren wird nicht im Detail beschrieben. Das NYSPI Institutional Review Board hat die Studie jedoch bewilligt. Die Studienteilnehmenden gaben, nachdem sie über Inhalt der Studie informiert worden waren, ihre schriftliche Zustimmung zur Teilnahme.</p>
Ergebnisse (Outcomes) Waren die Outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?	<p>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtungen (pre-, post- follow up)).</p>

Ja Nein nicht angegeben Waren die Outcome Messungen gültig (valide)? Ja Nein nicht angegeben	Für Essverhalten sowie Psychologische Messungen gab es zwei Messzeitpunkte: Vor der Randomisierung (Baseline-Messung) und nach der Behandlung. Es handelt sich um eine objektives Mass. Es werden keine Angaben zur Reliabilität oder Validität der Messinstrumente gemacht. Sie werden auch sonst nicht näher beschrieben (vermutlich, weil sie unter Psychologen sehr bekannt sind). Der Einsatz der Messinstrumente scheint jedoch angebracht (Augenscheinvalidität ist für die Verfasserinnen gegeben) und die Durchführung wirkt aus den Beschreibungen professionell und überlegt.	
	Outcome Bereiche	Listen Sie die verwendeten Messungen auf
	1) Essverhalten: operationalisiert als Veränderung in der Kalorienaufnahme vor und nach der Massnahme Psychologische Assessments: 2) klinischer Schweregrad (Baseline) 3) Angst (Baseline) 4) Essensbezogene Angst (direkt vor jeder Testmahlzeit) 5) Behandlungsakzeptanz (gemessen, direkt nach Zuteilung zur Behandlungsgruppe und nach Abschluss der Behandlung)	1) Standardisierte Testmahlzeit. Reliabilität und Validität nicht angegeben. Morgens um 8 Uhr Frühstück (300kcal), danach nichts zu essen und zu trinken bis 4h später das Mittagessen im Labor kommt. Die Mahlzeit besteht aus einem Truten-Käse-Sandwich (600kcal), Mayonaise, Kartoffelchips (455kcal) und einer Flasche Wasser. Teilnehmende erhalten die Aufforderung, eine angebrachte Mahlzeit zu sich zu nehmen und die Glocke zu läuten, wenn sie fertig sind. Das Essen wird vorher und nachher gewogen und anhand von Tabellen die konsumierten Kalorien berechnet. 2) Yale Brown Cornell Eating Disorder Severity Scale (YBC-EDS), semi-strukturiertes Interview. 3) Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Trait-Version. 4) STAI-S (State-Version des STAI)

		5) Selbsteinschätzungsfragen : Angemessenheit der Behandlung und die Aussicht auf Erfolg, Likert Skala mit einer Wertung von 1-10.
MASSNAHMEN Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben? Ja Nein nicht angegeben Wurde Kontaminierung vermieden? Ja Nein nicht angegeben entfällt Wurden gleichzeitig weitere Massnahmen (Ko- Interventionen) vermieden? Ja Nein nicht angegeben entfällt	Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer fürte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden? Die Beschreibungen der Massnahmen fallen unterschiedlich lang und detailliert aus – was implizit eine gewisse Wertung übermittelt (KRT als Kontrollbedingung ist nicht so wesentlich wie die neu entwickelte AN-ERP). Es ist denkbar, dass gewisse Methoden und Strategien der AN- ERP durch ergotherapeutische Fachpersonen angewendet und in Behandlungssituationen integriert werden könnten, wenn sie bspw. Kochgruppen mit betroffenen Personen durchführen. Da es sich bei beiden Verfahren um manualisierte Behandlungen handelt, müsste sich die Fachperson, wollte sie sich genau daran halten, dieses zuerst ausführlich studieren. Dies wäre wohl eher Auftrag der psychologischen Fachpersonen. Beide Massnahmen wurden für vier Wochen 3x/Woche angeboten (gesamthaft 12 mal). Die AN-ERP-Sitzungen dauerten 90 Minuten, die KRT-Sitzungen 45 Minuten. Zwischen zwei Einzelbehandlungen gab es immer eine Gruppensitzung. Nach der Studie hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, an der jeweils anderen Therapieform teilzunehmen. Die Behandlungen wurden durch Therapeuten und Therapeutinnen mit PhD und einschlägiger Erfahrung in der Behandlung von Personen mit Essstörungen geleitet. Jede Person leitete jede Art der Behandlung, sie wurden dafür angemessen trainiert und erhielten stets Supervision. Es wurde auch sichergestellt, dass jede Fachperson jede Behandlung mit derselben Überzeugung leitete (Überprüfung von 10% aller Video-/Audiomitschnitten nach bestimmten Kriterien): alle überprüften Fachpersonen erreichten 100%. AN-ERP: manualisierte Behandlung. Mit dem Ziel, das Essverhalten von Menschen mit AN zu verbessern werden Essensbezogene Ängste mit Schwerpunkt auf Ritualvermeidung und Exposition angegangen. In Zusammenarbeit mit den Teilnehmenden wird vorab eine Liste mit angstausslösenden Situationen erstellt, welche in eine hierarchische Reihenfolge gebracht werden. In der Sitzung werden die Teilnehmenden mit diesen Angst auslösenden Situationen konfrontiert (beginnend mit der am wenigsten Angst auslösenden Situation). Die	

	<p>Studienaufsicht stellt dabei sicher, dass keine Angst-reduzierenden Rituale genutzt werden und der Kontakt mit der Angst auslösenden Situation erhalten bleibt. Die Aufmerksamkeit soll voll auf der Situation und der erlebten Angst sein. Dadurch soll erfahrbar werden, dass es über die Zeit zu einer Habituation an die Angst kommt und die Angst damit abnimmt. Zwischen den Sitzungen sollen die Teilnehmenden sich selbst solchen Situationen aussetzen und dabei ihre Rituale beobachten.</p> <p>KRT: Manualisierte Behandlung, welche auf die kognitiven Einschränkungen, welche bei einer AN auftreten können, abzielt. Es werden dabei kognitive Übungen durchgeführt, um die kognitive Flexibilität zu erhöhen. In jeder Sitzung gibt es verschiedene Serien, welche unterschiedliche kognitive Fähigkeiten steuern soll (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, exekutive Funktionen und Übungen zur individuellen Lebenserfahrung)</p>
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben? Ja Nein entfällt nicht angegeben</p> <p>Ware(en) die Analyse(n) geeignet? Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben? Ja Nein nicht angegeben</p> <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben? Ja Nein</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Die statistischen Analysemethoden waren angemessen und die Voraussetzungen der Verfahren wurde bedacht, so, dass die Ergebnisse interpretiert werden dürfen.</p> <p>Bei der AN-ERP nahm die durchschnittliche Kalorienaufnahme bei der Testmahlzeit von 352 +/- 263 kcal zu Beginn auf 401 +/- 215 kcal nach Behandlung zu.</p> <p>Bei der KRT-Gruppe reduzierte sich die Kalorienaufnahme von 501 +/- 232 kcal zu Beginn auf 424 +/- 221 kcal nach Abschluss der Behandlung.</p> <p>Die Veränderung der Kalorienaufnahme zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant. Auch nach einer Anpassung der AN Subtypen in einer Regressionsanalyse blieben die Unterschiede signifikant. Laut Berechnung gibt es keinen signifikanten Effekt der AN Subtypen auf Veränderung in der Kalorienzufuhr. Die aufgenommene Nahrungsmenge zu Beginn hängt signifikant mit jener zum Schluss der Behandlung zusammen.</p> <p>Die essensbezogene Angst, erhoben mit dem STAIS, reduzierte sich für die AN-ERP Gruppe von durchschnittlichen 58 +/- 15 zu Beginn auf 51 +/- 16 nach Behandlung. Verglichen mit der KRT-Gruppe, mit Werten von 51 +/- 11 zu Beginn und 48 +/- 10 nach Abschluss, sind dies keine statistisch signifikanten Unterschiede. Jedoch ist die Abnahme von Angst signifikant verbunden mit der aufgenommenen Nahrungsmenge. Für die AN-ERP- Gruppe ist diese Verbindung signifikant. Für die KRT-Gruppe nicht.</p>

	Die Gruppen unterschieden sich in der Zufriedenheits-Bewertung der Teilnehmenden nicht.
	<p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen den Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Frühere Studien konnten aufzeigen, dass die aufgenommene Nahrungsmenge rapide abnimmt, sobald Klienten das strukturierte stationäre Setting verlassen (Kaplan et al., 2009). Es wird von der Autorenschaft diskutiert, dass die Veränderung in der KRT-Gruppe den Beginn dieses Phänomens andeuten könnte. Die Ergebnisse der AN-ERP-Gruppe könnten hingegen dafürsprechen, dass dieser Ansatz die Aufrechterhaltung eines gesunden Essverhaltens langfristig unterstützt. Eine kurze, fokussierte Intervention kann das Essverhalten positiv beeinflussen.</p> <p>Dies ist klinisch von Bedeutung, weil die vorliegenden Ergebnisse das Potential von Behandlungen unterstützen, die auf die Angst und die Veränderung von Essverhalten fokussieren.</p> <p>Die gefundenen Effektstärken sind... moderat(?)</p>
	<p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Der Umgang mit den Drop- Outs ist angemessen. Die Daten von zwei Teilnehmenden (1 AN-ERP, 1 KRT) mussten von der Analyse ausgeschlossen werden, da sie jeweils nur die Baseline-Messung ausgefüllt hatten. Eine Person (KRT) wurde vor Abschluss der Studie aus dem Krankenhaus entlassen, die andere Person (AN-ERP) brach die Behandlung nach zwei Sitzungen ab. Der konkrete Grund ist nicht angegeben. (Noch vorher verschwindet eine Person aus dem Flussdiagramm ohne Angaben von Gründen).</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p>Ja Nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welche waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler?</p> <p>Die Daten demonstrieren, dass AN-ERP im Vergleich mit KRT zu einer besseren Veränderung der Kalorienaufnahme in einer Testmahlzeit führt. Obwohl die Gruppen sich in der Veränderung von Angstsymptomen nicht unterschieden, korrelierten verminderte Angstsymptome mit erhöhter Kalorienaufnahme. Die Ergebnisse werden im Diskussionsteil wieder wie in der Einleitung in Bezug gesetzt zur KVT. AN-ERP Expositionen sind hierarchisch aufgebaut. KVT-Programme beinhalten häufig die Aufgabe, sich «food challenges» zu stellen. Das heisst, neue Nahrungsmittel in seine Ernährung aufzunehmen. Beim neuen</p>

	<p>Ansatz wird viel Wert darauf gelegt, individuelle Hierarchien der gefürchteten Nahrungsmittel pro Teilnehmer zu erfassen und auch Ängste zuzulassen und ritualisierte Verhaltensweisen zur Angstbewältigung abzubauen. Somit wird klientenzentriert auf den Abbau von gefürchteten Nahrungsmittel eingegangen. Die Erkenntnisse des neuen Ansatzes können aus Sicht der Verfasserinnen in der ergotherapeutischen Praxis verwendet werden.</p> <p>Limitationen: Die Autorenschaft ist selbstkritisch und gibt einige Limitationen an. Erstens wurde die AN-ERP Intervention zusätzlich zum schon intensiven Behandlungsprogramm angeboten. Somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Effekte auch von diesem beeinflusst wurden. Auch die tiefe Abbruchrate kann vermutlich nicht auf weniger intensive Behandlungssettings übertragen werden. Auch konnten die Klienten der zwei unterschiedlichen Behandlungsgruppen miteinander interagieren, was zu einer Kontaminierung geführt haben könnte. Die Behandlungen wurden auf Basis der Anzahl Sitzungen standardisiert und es war unvermeidlich, Unterschiede in der Dauer der Sitzungen zu vermeiden. Es könnte auch sein, dass das Forschungsteam die AN-ERP Behandlung favorisierte, da sie gleichzeitig die behandelnden Fachpersonen waren, eine Verblindung war nicht möglich. Die Testmahlzeit wurde nicht darauf getestet, als wie appetitanregend/schmackhaft sie wirkten und ob es diesbezüglich zwischen den Versuchsgruppen Unterschiede gab. Auch gelang es durch die Randomisierung nicht, die Subgruppen der Erkrankung gleich auf beide Gruppen zu verteilen. Infolgedessen hatte die KRT-Gruppe mehr Teilnehmende mit dem AN Subtyp binge-purge. Jedoch ergab die statistische Analyse, dass die Subtypen keinen Einfluss auf das Outcome haben. Allerdings könnte die Versuchsgruppe einfach zu klein gewesen sein, um einen solchen Effekt anzeigen zu können.</p> <p>Stärken: Auch Stärken werden von der Autorenschaft angegeben. Erstens wird als Stärke angegeben, dass die AN-ERP mit einem glaubwürdigen weil ebenbürtigen Ansatz verglichen wurde. Der Fakt, dass die Interventionen als gleich überzeugend von den Teilnehmenden bewertet wurde, unterstützt die Stichhaltigkeit von diesem Vergleich. Zweitens ist das primäre Outcome, die Kalorienaufnahme, ein objektives Instrument. Auch die hohe Teilnahmequote ist eine Stärke dieser Studie.</p> <p>Der Forschungsbedarf wird mit der Empfehlung von Studien, welche die Effekte dieser Technik über einen längeren Zeitraum erfassen, aufgezeigt.</p>
--	--

